

とくおかレディースクリニック不妊治療問診票：男性

◎以下よりご記入をお願い致します。裏面もございますので、裏面までご記入下さい。

☆必須 ※ (記入漏れがございますとお預かり出来かねますので、全てご記入ください。)					
(フリガナ) 夫名前		年齢		血液型 Rh	
ご職業	ご勤務先(会社名)				
身長	cm	体重	kg		
ご住所	Tel				

(フリガナ) 妻氏名	年齢	血液型	ご職業	
---------------	----	-----	-----	--

①ご入籍時の年齢 (夫 _____ 歳 妻 _____ 歳) (初婚 ・ 再婚 ・ 妻が再婚)

※事実婚の方へ

事実婚(未入籍)夫婦が不妊治療をご希望される場合に、生まれてくる子の法的地位の安定のためそれぞれ別の方との婚姻関係がないことを確認させていただいております。次回来院時に、お二人それぞれの初診日から3か月以内の戸籍謄本もしくは戸籍抄本もしくは独身証明書をご提出下さい。

②結婚期間 _____ 年 _____ ヶ月 ・ 初婚、再婚含め子供は いる (_____ 人) ・ いない

③奥様に 流産・死産のご経験はありますか? ある (流産・死産) ・ ない

④子供を作りたいと思ったのは _____ 年 _____ ヶ月位前から

⑤1年以内に感染症検査 (B型肝炎、C型肝炎、HIV、梅毒) の検査は実施済ですか?

- ・はい (←結果をコピーして頂き、次回来院時に、必ず結果とコピーをお持ち下さい)
- ・いいえ (当院にて早い段階で検査を行って下さい)

※治療・検査についての説明、検査結果 (精液検査、感染症採血など) は、

→ 必ず自分が聞きに来る(説明を聞かれるまでは、奥様の治療が中断します) ・ 妻に委ねる

⑥おたふくかぜに罹った事は? ある (_____ 歳 : 睾丸が腫れた ・ 睾丸が腫れなかった) ・ ない

⑦停留睾丸の手術を受けた事は? ある (_____ 歳 : 左 ・ 右) ・ ない

⑧陰のう水腫の手術を受けた事は? ある (_____ 歳 : 左 ・ 右) ・ ない

⑨睾丸の外傷を受けた事は? ある (_____ 歳 : 左 ・ 右) ・ ない

⑩パイプカットの手術を受けた事は? ある (_____ 歳) ・ ない

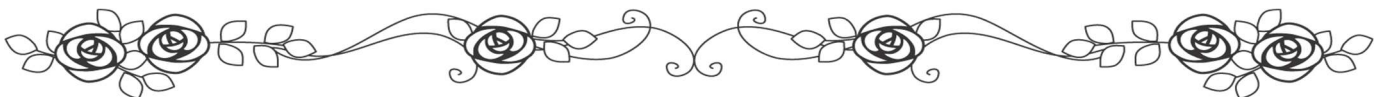
⑪脱腸 (ヘルニア) の手術を受けた事は? ある (_____ 歳) ・ ない

⑫他に何か手術を受けた事は? ある (_____ 歳 : 手術内容 : _____) ・ ない

⑬糖尿病などの大きな病気に罹った事は? ある (_____ 歳 : 病名 _____) ・ ない

⑭性病に罹った事は? ある (_____ 歳 : 病名 _____) ・ ない

- ⑮薬・注射や食べ物によるアレルギーは？ ある（ ）・ない
- ⑯高血圧と指摘されたことは？ ある（ / mmHg）・ない
※ございましたら具体的な数値もお書き下さい
- ⑰現在、飲み続けている薬は？ ある（ 薬剤名 ）・ない
- ⑱放射線治療を受けた事は？ ある（ 歳：病名 ）・ない
- ⑲抗がん剤治療を受けた事は？ ある（ 歳：病名 ）・ない
- ⑳AGA(男性型脱毛症)の治療を受けていますか？ はい（薬剤名）・いいえ
※使用しているお薬がございましたらお書き下さい
- ㉑タバコは吸いますか？ 吸う（ 日に 本）・吸わない
- ㉒ひげは毎日剃りますか？ はい・いいえ（ 日に一度）
- ㉓ご主人に兄弟・姉妹はいますか？ いる・いない
その兄弟・姉妹に子供はいますか？ いる（ 人）・いない
- ㉔ご家族に遺伝的な病気はありますか？ ある（ 歳：病名 ）・ない
- ㉕性欲（性交したい・女性に触れたいという欲望）はいかがですか？
a. 正常にある b. やや減退している c. ほとんどない d. 全くない
- ㉖勃起（性行為の時の勃起）の状態はいかがですか？
a. 勃起は正常で、性交可能である。持続力も良い
b. 勃起はするが、膣内に挿入するとすぐに委縮してしまう
c. 勃起力が弱く、膣内への挿入は不可能である
d. どのような刺激をしても、全く勃起しない
- ㉗射精の状態はいかがですか？
a. 射精はできる（精液量は正常）
b. 射精はできる（精液量は少ない）
c. 射精がない（オルガズム＝絶頂感はある）
d. 射精がない（オルガズム＝絶頂感はない）
- ㉘射精までの時間はいかがですか？
a. かなり遅い b. 遅い c. 正常 d. やや早い e. かなり早い
f. 射精不能 g. 瞬間的に出てしまう
- ㉙オルガズム＝絶頂感はいかがですか？
a. 十分にある b. やや減退している c. かなり減退している d. 全くない
- ㉚ご夫婦の性交回数、月に何回くらいですか？ ひと月に _____ 回
- ㉛今までに精液検査を受けた事は？ ある（ 歳：病院名 ）・ない
- ㉜奥様はどこかの病院で不妊治療を受けていますか？
受けている（病院名）・受けていた（病院名）・受けていない



☆当院をお選び頂いた理由をお聞かせ下さい。

初診 ・ 転院

理由

()