

ID _____

問 診 票

ご記入日 _____年 _____月 _____日



下記の問診は、とても大切な質問です。
中にはプライベートな事柄もございますが、あなたのことを十分に理解するための
質問であることをご了承いただき、お答え下さいますようお願いいたします。
草津レディースクリニック

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日

パートナー
のお名前 _____ 年齢 _____ 歳 生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日

ご職業 _____ 身長 _____cm 体重 _____kg

●診療情報取得について

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい / いいえ
2. 他の医療機関から紹介状を持参されましたか？ はい / いいえ
3. 現在、他の医療機関に通院されていますか？ はい / いいえ
4. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？ はい / いいえ
（ 受診時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃 指摘事項： _____ ）

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 6点/加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

●本日の受診目的について あなたが今、気になっていることをご記入下さい

●結婚・妊娠について

1. 現在、当てはまるものに○をつけてください 既婚 / 内縁（同棲中） / 婚約中 / 独身
*「既婚」の場合 ご結婚年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 歳時
2. 離婚歴はありますか？ はい / いいえ
3. 今までに妊娠させた経験はありますか？ はい / いいえ
4. 実際に妊娠を希望されてからどれくらい経ちますか？ _____ 年 _____ ヶ月くらい
5. 奥様は、妊娠に向けて治療されていますか？ はい / いいえ
*「はい」とお答えの場合 通院されている病院名：（ _____ ）
治療状況：（ タイミング療法 / 人工授精 / 体外受精 / 不明 ）

●生活習慣について

1. 喫煙はしますか？ はい / いいえ
*「はい」とお答えの場合 喫煙本数： 1日（ _____ ）本を（ _____ ）年
2. 飲酒はしますか？ はい / いいえ
*「はい」とお答えの場合 頻度： 月に数回 / 週に3日程度 / ほぼ毎日
3. 小便の回数は何回ですか？ _____ 昼 _____ 回 ・ 夜 _____ 回
4. 睡眠はよくとれていますか？ はい / いいえ

●性機能について

| | | | |
|-----------------|---------|---|---------|
| 1. 性欲はありますか？ | はい | / | いいえ |
| 2. 勃起しますか？ | はい | / | いいえ |
| 3. 射精はしますか？ | はい | / | いいえ |
| 4. 性行為は何回ありますか？ | () 回/年 | ・ | () 回/月 |
| | | | () 回/週 |

●既往歴について

| | | | |
|---|----------|--------------|--------|
| 1. 薬のアレルギーはありますか？ | はい | / | いいえ |
| *「はい」の場合 | 薬品名：() | | |
| 2. 食物のアレルギーはありますか？ | はい | / | いいえ |
| *「はい」の場合 | 食物名：() | | |
| 3. 現在何かお薬を飲んでいますか？ | はい | / | いいえ |
| *「はい」の場合 | 薬品名：() | | |
| 4. 39度以上の熱が出たことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| 5. 性病にかかったことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| *「はい」の場合 | 具体的に：() | | |
| 6. 右記の病気にかかったことがあれば、○をしてください | 結核 | / | 糖尿病 |
| | | / | おたふく風邪 |
| 7. 精巣上体炎（副睾丸炎）になったことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| 8. 睾丸を打って腫れたことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| 9. 睾丸のふくろ（陰のう）に水が溜まったことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| 10. 睾丸を降ろす手術をしたことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| 11. パイプカットの手術を受けたことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| 12. そけいヘルニアの手術を受けたことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| 13. 入院手術を要する病気にかかったことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| *「はい」の場合 | () 歳 | 病名または手術名：() | |
| | () 歳 | 病名または手術名：() | |
| 14. 心臓または肺の病気にかかったことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| 15. 今までにステロイド剤（副腎皮質ホルモン）または精神科の薬を使ったことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| *「はい」の場合 | 薬品名：() | | |
| 16. 男性型脱毛症（AGA）治療内服薬を使用されたことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| *「はい」の場合 | 薬品名：() | | |
| | 服用期間：() | | |

●治療歴について

| | | | |
|--|---------------|-------|----------|
| 1. 今までに男性不妊症の治療を受けたことがありますか？ | はい | / | いいえ |
| *「はい」とお答えの場合、病院名、通院期間、治療内容をご記入ください | | | |
| 病院名 | () | 通院期間： | () 年 |
| 治療内容 | 内服薬（漢方薬を含む）治療 | / | 注射 |
| | その他：() | | 手術 |
| 2. 今までに精液検査を受けたことはありますか？ | はい | / | いいえ |
| *「はい」とお答えの場合、下記の結果であてはまるものがあれば、○をしてください。 | | | |
| 精液検査 | 精子数が少ない | / | 精子の動きが悪い |
| 結果 | その他：() | | 精子がない |

●当院からのご連絡について

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| 1. つながりやすいご連絡先をご記入ください | () | — | |
| 2. お電話または手紙を送付する際、クリニック名を名乗ってもよろしいですか？ | はい | / | いいえ |
| *「いいえ」とお答えの場合、連絡方法をご記入ください | () | | |

ご提供頂く個人情報は、医療提供、診療費請求事務、当院の管理運営業務等に使用させていただきます。

※詳細を院内に掲示（「当院における個人情報の利用目的」）しておりますので、ご確認下さい