

## 男性用問診票

ご記入日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

下記の間診は、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 院長 森 敏恵

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。

◆医療情報取得加算(初診時)加算 1点 / 医療情報取得加算(再診時・3か月に1回)加算 1点

## ●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? \_\_\_\_\_回 / \_\_\_\_\_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 / 手術		
その他：( )			
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、下記の結果であれば、○をしてください。			
精液検査結果	精子数が少ない / 精子の動きが悪い / 精子がない		
その他：( )			

●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、ご確認ください