

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。

- ◆医療情報取得加算（初診時）加算1 3点/加算2 1点（マイナ保険証を利用した場合）
- 医療情報取得加算（再診時・3か月に1回）加算3 2点/加算4 1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？ \_\_\_\_\_ 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（副睪丸炎）になったことはありますか？	はい	/	いいえ		
8. 睪丸を打って腫れたことはありますか？	はい	/	いいえ		
9. 睪丸のふくろ（陰のう）に水が溜まったことはありますか？	はい	/	いいえ		
10. 睪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、下記の結果であてはまるものがあれば、○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、ご確認下さい