20190131/1401az

男性不孕问诊票

片假名或英文拼写（护照上记载的）	TEL（　　）　　— 手机（　　）　　—	身高　　cm	体重　　kg
姓名	地址 〒		
国籍	出生年月　公历　　年　　月　　日		年齢　　岁 歳
	职业 職業		

· 本院遵照个人信息保护法严格管理患者的个人信息，尽力做到尊重并保护患者隐私。
· 因治疗等需要有时会利用患者提供的电话号码和患者联系，敬请谅解。

请回答以下问题。

是否得过腮腺炎? おたふくかぜにかかったことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　岁左右 歳ごろ）
（那时睾丸是 そのとき睾丸が　1.肿了 はれた　2.没肿 はれない　3.不知道 わからない）

是否接受过睾丸或输精管的手术? 睾丸や精管の手術を受けたことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　岁左右 歳ごろ）

是否接受过疝气(腹股沟疝气)的手术? 脱腸（鼠径ヘルニア）の手術を受けたことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　岁左右 歳ごろ）

是否得过尿道炎、附睾炎、前列腺炎? 尿道炎、副睾丸炎、前立腺炎にかかったことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　岁左右 歳ごろ）

阴茎、睾丸等外阴部是否受过外伤、烫伤? 陰茎、睾丸など外陰部に外傷、火傷をしたことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　岁左右 歳ごろ）

是否得过蓄脓症、支气管扩张、慢性支气管炎? 蓄膿、気管支拡張症、慢性気管支炎にかかったことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　岁左右 歳ごろ）

是否接受过放疗? 放射線治療を受けたことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　岁左右 歳ごろ／病名　　）

是否接受过抗癌剂治疗? 抗癌剤治療を受けたことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　岁左右 歳ごろ／病名　　）

过去或者现在是否有正在治疗的疾病? 糖尿病など、過去または現在治療中の病気がありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　岁左右 歳ごろ／病名　　）

最近3个月是否有过高烧或者身体不舒服的情况? 最近3ヶ月間に高熱や体調不良がありましたか
1.否 ない　2.是 ある（病名　　）

是否有常用药? 常用薬剤がありますか?
1.否 ない　2.是 ある（药名 薬剤名　　）

是否吸烟? タバコは吸いますか?
1.否 いいえ　2.是 はい（____岁开始一天 _____支）__歳から1日 __本

是否饮酒? アルコールは飲みますか?
1.否 いいえ　2.是 はい（大量 多量 ・ 一般 普通 ・ 少量 少し）

是否每天刮胡子? ひげは毎日剃りますか?
1.是 はい　2.不怎么刮 ほぼ剃らない　3.有时刮（____天刮一次）ときどき（__日に一度）

勃起是否有问题? 勃起に問題がありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある

射精是否有问题? 射精に問題がありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある

对食物或者药物，是否有过敏的? 薬や食べ物にアレルギーがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある（　　）

是否有得过哮喘? ぜんそくにかかったことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある

是否接受过输血? 輸血をうけたことがありますか?
1.否 ない　2.不知道 わからない　3.是 ある〔血型（　　），Rh（ + / − ）〕

拼音 / 英文拼写	年龄　　岁	血型（　　）　Rh（ + / − ）
妻子的姓名	职业 職業	

本院提供翻译服务（付费），如有需要请向本院工作人员咨询。