

男性不妊問診票



フリガナまたはローマ字 (パスポート記載のもの)	TEL () —	身長	cm	体重	kg	
	携帯 () —	職業				
氏名	住所 〒					
	生年月日	西暦	年	月	日	年齢

・当院では、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めております。
 ・必要に応じてお預かりしましたお電話番号に、お電話を差し上げることがあります。ご了承ください。

以下の質問にお答えください。

おたふくかぜにかかったことがありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある (歳ごろ) に
 (そのとき睾丸が 1. はれた 2. はれない 3. わからない)

睾丸や精管の手術を受けたことがありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある (歳ごろ)

脱腸 (鼠径ヘルニア) の手術を受けたことがありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある (歳ごろ)

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. ない 2. わからない 3. ある (歳ごろ)

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. ない 2. わからない 3. ある (歳ごろ)

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. ない 2. わからない 3. ある (歳ごろ)

放射線治療を受けたことがありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある (歳ごろ / 病名)

抗癌剤治療を受けたことがありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある (歳ごろ / 病名)

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. ない 2. わからない 3. ある (歳ごろ / 病名)

最近 3 ヶ月間に高熱や体調不良がありましたか。

1. ない 2. ある (病名)

常用薬剤がありますか。

1. ない 2. ある (薬剤名)

タバコは吸いますか。

1. 吸わない 2. 吸う (歳から 1 日 本)

アルコールは飲みますか。

1. 飲まない 2. 飲む (多量 ・ 普通 ・ 少し)

ひげは毎日剃りますか。

1. はい 2. ほぼ剃らない 3. ときどき (日に一度)

勃起に問題がありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある

射精に問題がありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある

薬や食べ物にアレルギーがありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある ()

ぜんそくにかかったことがありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある

輸血をうけたことがありますか。

1. ない 2. わからない 3. ある (血液型 型 Rh (+ / -))

フリガナ 奥様の氏名	年齢	歳	血液型 () Rh (+ / -)
	職業		