

問診表（男性患者様用）

		当院 ID :	職業
ふりがな			生年月日
氏名			(S・H) 年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号	(携帯)	身長	cm
		体重	kg

1) 今回はどのようなことをご相談ですか？

①不妊治療 ②不妊相談(妊活) ③不妊の検査 ④その他 ()

2) ご結婚されていますか？ (未婚・婚約中・既婚→結婚時の年齢 _____ 歳)

3) 射精・勃起についてお知らせください (○を付けてください)

性欲	問題なし	問題あり (具体的に: _____)
勃起	問題なし	問題あり (具体的に: _____)
射精	問題なし	問題あり (具体的に: _____)
射精までの時間	問題なし	問題あり (具体的に: _____)
オーガズム	問題なし	問題あり (具体的に: _____)

4) 以下の手術を受けられたことがありますか？ (○を付けてください)

停留睾丸	なし	あり (_____ 歳時)
陰嚢水腫	なし	あり (_____ 歳時)
鼠径ヘルニア (脱腸)	なし	あり (_____ 歳時)
パイプカット	なし	あり (_____ 歳時)
包茎手術	なし	あり (_____ 歳時)
その他	なし	あり (具体的に: _____)

5) 以下、当てはまる方に○を付け、必要事項をご記入ください。

持病をお持ちですか	なし	あり (具体的に: _____)
薬をお飲みですか	なし	あり (具体的に: _____)
アレルギーはありますか	なし	あり (具体的に: _____)
おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) に 罹ったことはありますか	なし	あり ある場合→ _____ 歳
20 歳以降で風疹抗体検査を受けたことが ありますか	なし	あり

6) 当クリニックはどのようにしてお知りになりましたか？ (例：インターネット)

(_____)

7) 医師・スタッフに伝えておきたい事がございましたらご自由にお書きください。

{ _____ }