

# 生殖・不妊問診票(男性)

ID

名前

1. 今日どのようなことで、受診をされましたか? ○で囲んでください

妻が当院通院中、不妊相談、精液検査希望  
プライダルチェック、セカンドオピニオン  
その他( )

2. 結婚されていますか? 未婚・事実婚・既婚(初婚): 歳・既婚(再婚): 歳 回目

3. これまでに子供はいますか? いる(人)、いない

4. 過去の病気について

おたふくかぜに思春期以降かかったことは? 無・有(歳)

睾丸の手術をしたことは? 無・有

停留睾丸(歳)・陰嚢水腫(歳)・パイプカット(歳)

鼠径ヘルニア; 脱腸(歳)

睾丸が腫れたことは? 無・有

外傷(歳)・おたふくかぜ・性病(歳)

性病にかかったことがありますか? 無・有

クラミジア(歳)・淋病(歳)・梅毒(歳)・HIV

肝炎にかかったことがありますか? 無・有

B型肝炎・C型肝炎

糖尿病・高血圧・高脂血症・痛風・不整脈・虚血性心疾患

睾丸の手術以外の手術を受けたことがありますか? 無・有

病名: 歳

病名: 歳

がんの治療を受けたことがありますか? 無・有

病名: (歳) 抗がん剤治療: 無・有 放射線治療: 無・有

病名: (歳) 抗がん剤治療: 無・有 放射線治療: 無・有

現在内服中の薬はありますか? ない・ある

心臓の薬・育毛剤( )

その他の薬( )

5. 薬や注射のアレルギーはありますか? 無・有

薬剤名: 症状:

薬剤名: 症状:

6. 血液型 型 Rh (+) / Rh (-)

7. 現在の生活習慣について

タバコ: 無・有(本/日)、お酒: 飲まない・機会飲酒・ほぼ毎日

運動: しない 月数回 週1回 週2-3回 ほぼ毎日

する場合 ウォーキング ランニング ジム サイクリング 屋外スポーツ その他( )

サプリメントの服用 なし 時々 毎日

サプリメントの種類 マルチビタミン 葉酸 鉄剤 ビタミンD ビタミンE 抗酸化作用サプリ その他( )

8. ひげは毎日剃りますか? はい・いいえ(日に一度) 裏面に続く

9.ご主人に兄弟・姉妹はいますか？ いない いる ( 人 )

10.血縁者に遺伝性の病気はありますか？ 答えなし いない いる

(病名:

)

11.避妊解除後、妊活期間 ( 年 ヲ月 )

現在の平均性交回数 ( 回/月 )

性交以外にマスターベーションはしますか？ しない・する

性交による妊娠を望みますか？ 望む・望まない・妊娠できればこだわらない

12.過去に精液検査を受けたことがありますか？ 無・有

13.過去にご自身が治療を受けたことがありますか？ 無・有

病院名 ( )

内容:

14.性欲(性行をしたい、女性に触れたいという欲望はありますか？

①ある、②やや減退している、③ほとんどない、④全くない

15.性交時の勃起の状態はいかがですか？

①問題ない、②腔内挿入可能だが射精まで難しいことも

③勃起が弱く腔内への挿入が難しい、④全く勃起しない

⑤性交をしない・する気にならない

16.射精の状態はいかがですか？

①射精に不安ない、②射精はできるが量が少ない気がする

③性交での射精は不安だが、マスターベーションは不安ない

④性交でもマスターベーションでも射精できない

⑤性交もマスターベーションもしないのでわからない

16.これまでの検査・治療で指摘されたこと、参考になることをお知らせください

--

15.当院での検査・治療に関して希望や伝えておきたいことをお知らせください

--

16.奥様は他の病医院で不妊治療を受けていますか？

受けていない・受けていた・受けたことがない

具体的な治療内容

--

17.通院可能な日程をお知らせください

①いつでも通院が可能

②決まった曜日での通院が可能

③不定期での通院になる

18.カウンセリング等のメンタルケアがあれば受けたいですか？

はい いいえ わからない 必要があれば考える

受けるなら ( 誰でもピア(同じ経験をした女性)臨床心理士などの専門家 看護師 医師 )

ご記入ありがとうございます