問診票（男性用）

この問診票から得た情報は診療目的以外には使用しません。また、個人情報厳格に守秘いたします。

お分かりになる範囲でかまいませんので、なるべく詳しくご回答ください。

1) 本人について

ふりがな 名 前			職 業		
住 所	〒 _____		生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	
			電話番号 (携帯電話可)		
身 長	cm	体 重	kg	血 液 型	型

2) ライフスタイルについて

1、飲酒

①頻度 (毎日飲む ・ 週に何回か飲む ・ 月に何回か飲む ・ めったに飲まない ・ 飲まない)

②量 (ml)

2、たばこを吸いますか (はい : 1日 本、喫煙歴 年 ・ いいえ)

3、睡眠

①就寝時間 (時 分 ~ 時 分)

②睡眠の質 (よい ・ 寝つきが悪い ・ 何度も目が覚める ・ よく夢を見る ・ 寝覚めが悪い)

4、ストレス

①日常の中でストレスを感じますか (はい ・ いいえ)

②どのようなときにストレスを感じますか 差し支えない範囲でご記入ください

(_____)

5、身体の状態

①現在、気になる症状はありますか

(コリ・痛み・しびれ・違和感・疲労感・下痢・便秘・その他 : _____)

②食欲はありますか (ある ・ ない)

③そけいヘルニアの手術を受けたことはありますか (ある ・ ない)

④流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) に罹ったことはありますか (ある ・ ない)

⑤今までに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか (ある ・ ない)

⑥現在飲んでいる薬、サプリメントはありますか (ある ・ ない)

⑦⑥で「ある」と回答した方 何の薬、サプリメントを飲んでありますか

(_____)

3) 夫婦間について

- 1、結婚したのはいつですか (年 月)
- 2、避妊していた期間はありますか (ある : ヶ月間 ・ ない)
- 3、お子さんを望んでいるのはどなたですか (夫 ・ 妻 ・ 祖父母 ・ その他)
- 4、1ヶ月あたりの性交渉の回数は何回ですか (回)
- 5、性欲はありますか (ある ・ ない)
- 6、問題なく性交渉できますか (はい ・ いいえ)
- 7、射精しますか (する ・ しない)
- 8、性交渉を辛いと感じることがありますか (ある ・ ない)
- 9、辛いと感じる理由を差し支えない範囲でご記入ください

(_____)

4) 病院の受診について

- 1、現在まで赤ちゃん希望で医療機関に受診したことはありますか (はい ・ いいえ)
- 2、初めて受診したのはいつですか (年 月)
- 3、現在も通院中ですか (はい ・ いいえ)
- 4、受診したことのある医療機関名を教えてください

(_____)

- 5、現在の治療について (タイミング法 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精)
- 6、今後の治療計画について (タイミング法 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精)

5) 精液検査について

- 1、当院では精液の測定ができます 測定を希望しますか (希望する ・ 希望しない)
- 2、精液検査をしたことはありますか (ある ・ ない)
- 3、検査結果 (検査結果をご持参いただくか、または以下の表にご記入ください)

検査項目	1回目	2回目	3回目	4回目
医療機関名				
検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
採精方法	院内 ・ 持込	院内 ・ 持込	院内 ・ 持込	院内 ・ 持込
精液量	ml	ml	ml	ml
精子数	$\times 10^6$	$\times 10^6$	$\times 10^6$	$\times 10^6$
精子濃度	$\times 10^6/\text{ml}$	$\times 10^6/\text{ml}$	$\times 10^6/\text{ml}$	$\times 10^6/\text{ml}$
総運動率	%	%	%	%
高速運動率	%	%	%	%