

男性不妊外来 問診票

初診日 20 年 月 日

氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 () 歳、身長 () cm、体重 () kg

奥様・パートナーの年齢 () 歳、結婚 () 年 () 月、不妊期間 () 年 () ヶ月

喫煙量 () 本 / 日 × () 年間、薬剤アレルギー有無 有の場合 _____、ご職業 _____

奥様は不妊検査もしくは不妊治療を受けていますか？またその際、何か問題を指摘されましたか？
クリニック、検査、治療内容をわかる範囲で書いてください。

男性不妊の検査、治療はされていきましたか？されていた場合は精液検査、治療内容をできる限り詳しくお聞き下さい。

- 成人になっておたふく風邪にかかったことがありますか？
- おたふく風邪で精巣が腫れましたか？
- 性感染症(尿道炎、精巣上体炎)にかかったことはありますか？
- 陰嚢を強くぶつけたことはありますか？
- 放射線療法や抗がん剤治療を受けたことがありますか？
- 鼠径ヘルニア、バゼクトミー(パイプカット)、停留精巣の手術歴はありますか？

以上に該当する方は、状況を出来る限り詳しくお聞き下さい。

現在、何かご病気をお持ちですか？また過去の手術歴があれば教えて下さい。

現在服用している薬・サプリメントがあれば教えて下さい。

陣内ウィメンズクリニック 男性不妊外来の受診のきっかけを教えてください。

もし男性側に問題があった場合はどの程度治療したいと思いますか？以下に丸をつけて下さい。
1. したくない、2. どちらかというとしたくない、3. どちらでもない、4. どちらかというししたい、
5. 積極的にしたい。またその理由もお聞かせ下さい。