

スタッフ記入欄	
保 オン資	保 原本

## 問診票(男性用)

ふりがな	生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳	
お名前	血液型 型 Rh( ) ←分かる方のみご記入ください	
携帯電話	奥様(パートナー)氏名	
職業	<input type="checkbox"/> 既婚 結婚年月日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 近々結婚の予定 <input type="checkbox"/> 未婚	
住所	(〒 - )	
湘南美容グループの会員ですか？ <input type="checkbox"/> 会員(統一診察券を持っている) <input type="checkbox"/> 非会員(統一診察券を持っていない)		
六本木レディースクリニックを何で知りましたか？ <input type="checkbox"/> 奥様が受診している <input type="checkbox"/> 知人・医療機関紹介( 様)		
<input type="checkbox"/> Google,Yahoo!等検索サイト <input type="checkbox"/> その他( )		

### I. 本日はどのようなことで受診されましたか？ あてはまる項目すべてにチェックを入れてください。

- 夫婦(パートナー)で不妊相談
- 医師の診察後、必要あれば検査したい
- 精液検査
- 感染症検査
- 付き添いのみ
- その他( )

### II. 結婚・不妊歴について

1	結婚歴	結婚	初婚 / 再婚 (子ども 有 / 無) ↓
		(前妻)	妊娠 回 / 出産 回
		(前々妻)	妊娠 回 / 出産 回
2	不妊期間	年 ヶ月 ※避妊をせずに妊娠しない期間	
3	夫婦生活	不妊期間中の性交渉 無 / 有 (月・週 回)	

### III. 既往症について

これまでに下記のような病気にかかったことがありますか？(持病があればご記載ください)

- 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
 糖尿病
 睾丸炎・副睾丸炎
 陰嚢水腫(右・左)
 精索静脈瘤
- その他( )

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。

# 問診票(男性用)

## IV. 現症について 回答欄にチェックを入れ、はいの方は具体的な症状を記入下さい。

1	外性器形態 (陰茎・陰囊・睾丸)	形状の異常 無 / 有 (具体的にどこが/どのように↓) ( )
2	痛み (下腹部～陰部)	無 / 有 (具体的にどこが/どのようなときに↓) ( )
3	夫婦生活	性交異常 無 / 有 勃起異常 無 / 有 射精異常 無 / 有
4	その他	気になることがあればご記載ください↓ ( )

## V. 検査・治療について

今までに不妊症に対して行った検査・治療があればご記載ください。 ない / ある↓

1	精液検査	異常 無 / 有 (具体的に )
2	精子DFI検査	異常 無 / 有 (具体的に )
3	男性不妊手術	年 月 /手術名: /実施施設名:
4	その他	

## VI. アレルギーはありますか? ない / ある↓

薬品( ) / 食べ物( ) / その他( )

## VII. 現在服用している薬はありますか?

1	薬	無 / 有 ( )
2	AGA 関連薬	無 / 有 ※AGA 関連薬の内服は治療への影響があるため、必ずご申告ください。
3	サプリメント	無 / 有 ( )

## VIII. 日常生活について

1	飲酒	無 / 有 (週 回/種類 / 杯)
2	喫煙歴	無 / 有 ( 本/日) / 過去に吸っていた ( 年 月に禁煙)

## IX. 医療行為について (何かご希望があればその他の欄にご記載ください)

1	アルコール消毒	可 / 不可 (かぶれる等の皮膚トラブルがある)
2	採血	過去に気分不快になったことが ない / ある / 横になって採血希望
3	その他	

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。