

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)						
当院のInstagramをご存じですか？	<input type="checkbox"/> フォローしている <input type="checkbox"/> 見たことあるがフォローはしていない <input type="checkbox"/> 知らない/フォローしていない						
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 ない / ある (※ある方は下記ご記入ください)

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。