

問診表（男性用）

当院では患者様の状況をより詳しく把握する為に男性の方にも問診表のご記入をお願いいたしております。
ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日
〒 _____

ご住所 _____

電話番号 _____ ご職業（できるだけ詳しく） _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型（RH + ・ -）

1. 本日はどのようなことでおいでになりましたか。

（ _____ ）

2. ご結婚されていますか。 はい ・ いいえ S・H _____ 年 _____ 月

3. 再婚歴はありますか。 はい ・ いいえ

4. おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）にかかったことがありますか。

有（幼児期・成人期） ・ 無

5. 過去に風疹の抗体の検査をしたことがありますか。 有 ・ 無

有に○をされた方 その検査結果をお持ちですか。 有 ・ 無

6. 過去に風疹ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 有 ・ 無

7. 過去にB型肝炎・C型肝炎の検査を受けたことがありますか。 有 ・ 無

8. 精巣・精管の手術を受けたことがありますか。 有 ・ 無

9. 盲腸・脱腸（ヘルニア）の手術を受けたことがありますか。 有 ・ 無

10. その他に今までにかかった病気・受けた手術はありますか。

喘息 ・ 糖尿病 ・ 高熱疾患 ・ 性病 ・ 外陰部外傷 ・ 停留睪丸 ・ 結核
高脂血症 ・ その他（ _____ ）

裏面へ続く

11. 今現在、服用している薬はありますか。 有 () ・ 無

12. 性欲はありますか。 有 ・ 無

勃起はありますか。 有 ・ 無

射精はありますか。 有 ・ 無

性交を行うにあたって何か気になる事があれば記入してください。

()

13. 家族の中に何か特別な病気の方がいますか。

有 (遺伝病・高血圧・糖尿病・癌・その他) ・ 無

14. 飲酒の習慣がありますか。 有 (少 ・ 普通 ・ 多) ・ 無

15. 喫煙の習慣がありますか。 有 (1日 本) ・ 無

16. アレルギー体質と医師に言われたことがありますか。 有 ・ 無

17. 今までに薬や注射で副作用を起こしたことがありますか。 有 ・ 無

ご結婚されている方へ (16~19をお答え下さい)

18. 奥様は、他の病院で治療を受けていらっしゃいますか。 はい ・ いいえ

19. 奥様は、当院を受診されていますか。 はい ・ いいえ

20. 奥様は出産の経験はありますか。 はい ・ いいえ

いつ出産されましたか。 (S・H 年 月) (S・H 年 月)

21. 奥様は流産・死産の経験はありますか。 はい ・ いいえ

22. 当院をどのようにして知りましたか。(□にチェックを入れてください。複数回答可)

医師からの紹介(病院名 医師名)

友人・知人からの紹介(紹介者 間柄)

バスの広告

駅の看板

インターネット(キーワード検索・不妊関連サイトなど)

妻に勧められた

妻が当院にかかっている

その他()

23. その他、ご要望・ご相談などがございましたらご記入ください。

()