

# 男性不妊症問診票



医療法人 豊生会  
MR しょうクリニック  
MR SHO CLINIC

〒810-0001  
福岡市中央区天神3丁目10-11  
天神五十君(いぎみ)ビル6F  
電話:092-739-8688

この問診票の内容は当院での診療目的以外に使用されることはありません。

当院を何でお知りになりましたか？

- HP  
知人の紹介  
他院からの紹介( )  
その他( )

記入日 年 月 日

氏名

氏名(ふりがな)

年齢

才 初婚 再婚(前妻との間に子供は なし あり→ 人)

職業

身長

cm

体重

kg

結婚期間

年 月

避妊をしていない期間

年 月

奥様のお名前

ふりがな

年齢

才 初婚 再婚(前夫との間に子供は なし あり→ 人)

職業

(具体的に)

・お二人の間にお子さんはいらっしゃいますか？

なし あり⇒ 人( 歳[男・女]、 歳[男・女]、 歳[男・女]、 歳[男・女])

妊娠方法⇒ 自然妊娠 人工授精 体外受精 顕微授精

・奥様は流産されたことがありますか？ なし あり⇒(奥様が 歳の時)

・奥様は不妊治療を受けておられますか？

いいえ はい⇒ タイミング法 人工授精 体外受精 顕微授精

通院先の婦人科名( )

・奥様以外の女性を妊娠させたことがありますか？なしあり( 歳の時)

・今まで手術を受けたことがありますか？

いいえ はい⇒ そ径ヘルニア 停留精巣(睾丸) 陰のう水瘤

パイプカット その他( )

・精巣(睾丸)を打撲したり、怪我したことがありますか？ いいえ はい

・精巣(睾丸)がはれたことがありますか？

・いいえ はい⇒ 病名( )

・おたふく風邪にかかったことがありますか？

いいえ

はい ⇒(睾丸)がはれましたか？ いいえ はい ⇒ 右 左 両側

・高い熱を出したことがありますか？

いいえ はい⇒ ( 歳の時)、病名( )

・STD(性行為感染症)にかかったことがありますか？

いいえ

はい⇒ 尿道炎(淋病・クラミジア) ヘルペス 尖圭コンジローマ 梅毒

- 持病がありますか？  
□いいえ □はい⇒ 病名( )
  - 大きな病気にかかったことがありますか？  
□いいえ □はい⇒ 病名( )
  - 放射線治療を受けたことがありますか？  
□いいえ □はい⇒ 病名( )
  - 抗癌剤の投与を受けたことがありますか？  
□いいえ □はい⇒ 病名( )
  - 薬アレルギーがありますか？  
□いいえ □はい⇒ ( )
  - 食べ物やその他のアレルギーがありますか？  
□いいえ □はい⇒ ( )
  - 飲まれている薬やサプリメントはありますか？  
□いいえ □はい⇒ 名前( )
  - ご家族に遺伝性の病気はありますか？  
□いいえ □はい⇒ 病名( )
  - 仕事などで下記を取り扱ったことがありますか？  
□農薬(殺虫剤・除草剤など) □化学物質 □放射線 □取り扱ったことはない
  - 高熱の環境にいたことがありますか？ □いいえ □はい
  - タバコを吸いますか？ □いいえ □はい⇒ ( 本/日を 年間 )
  - お酒は飲みますか？ □いいえ □はい⇒ ( )
  - 性欲はいかがですか？ □普通 □過剰 □減退さみ □ない
  - 射精はどうですか？ □普通 □早い □遅い □できない
  - 射精の快感(絶頂感)はありますか？ □普通 □弱い □ない
  - 以前とくらべて体毛(頭髪は除く)が薄くなっていますか？ □いいえ □はい
  - 以前とくらべて、精巣(睾丸)が小さくなっていますか？ □いいえ □はい
  - 早朝の勃起(朝だち)に変化はありますか？ □いいえ □はい⇒ ( )
  - 勃起に変化はありますか？ □いいえ □はい⇒ 【IIEF5: 点】
  - 性交渉は月に何回くらいですか？ ( 回/月 )
  - マスターベーションは月に何回くらいですか？ ( 回/月 )
  - これまでに精液検査を受けたことがありますか？  
□いいえ □はい⇒ 所見( )
  - 今日禁欲期間どれくらいですか？ ( 日 )
- 治療経過等につき、当院から問い合わせてもよろしいでしょうか？
- いいえ □はい⇒ □メール( ) @ ( )
  - お電話( ) — ( )
  - 郵送(〒 ) ご住所 ( )