

問 診 票

泌尿器科

ご主人 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才
住所 〒 _____ Tel _____

職業・職種 (_____)

結婚の有無 有り ・ 未婚 ・ 入籍予定

奥様 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

来院の目的は何ですか？○をつけてください。

不妊相談 ・ ED、性機能障害相談 ・ 精液所見不良 ・ 性病検査 ・ ブライダルチェック
その他 (_____)

ご結婚されたのはいつですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才 不妊期間は？ _____ 年 _____ 月

☆この問診票は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません☆

ご主人にお尋ねします。

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型 Rh (_____)

本日の精液は禁欲だいたい (_____ 日)

※以下の質問に該当するものに○をつけて下さい。

性機能についてお尋ねいたします。

- ・ 性欲はありますか。 有る ・ ない ・ 勃起しますか。 する ・ しない
- ・ 射精しますか。 する ・ しない ・ 性行為は大体一週間に _____ 回
- ・ 精液検査を受けたことが？ 有る ・ ない
- ・ 男性不妊としての治療を受けたことが？ 有る ・ ない
- ・ 1年以内に39度以上の熱が出たことが 有る ・ ない
- ・ COVID-19に感染したことが 有る(時期： _____ 症状： _____) ・ ない
- ・ 性病にかかったことが 有る(具体的に _____) ・ ない
- ・ 睾丸が腫れたり手術したことが 有る(_____) ・ ない
- ・ 入院手術を要する病気にかかったことが 有る(_____) ・ ない
- ・ 以下の病気にかかったことがあれば○をつけて下さい。
結核 糖尿病 おたふくかぜ
- ・ ステロイド剤(内服薬)、育毛剤、精神科の薬を使ったことが
有る(薬品名 _____) ・ ない
- ・ 現在服用中の薬やサプリメントが 有る(薬品名 _____) ・ ない
- ・ アレルギー体質または体に合わない薬が
有る(薬品名 _____) ・ ない
- ・ 健康診断で異常を指摘されたことが 有る(_____) ・ ない
- ・ タバコを 吸う(_____ 本 × _____ 年) ・ 吸わない
- ・ お酒を 飲む(_____ 合 × _____ 年) ・ 飲まない

