

【生殖医療 男性問診票】

この問診票は私どもが皆さまの診療をよりよいものにするために大変参考になります。

診療時には医師が再度詳しくお話を伺いますが、お分かりになる範囲でご記入くださればありがたく存じます。

◆お名前：^{ふりがな} _____ 生年月日：S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢：_____ 歳

ご職業：_____ (職種を具体的に) 身長：_____ cm 体重：_____ kg

◆奥様お名前：^{ふりがな} _____ 生年月日：S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢：_____ 歳

◆当院を何でお知りになりましたか？

- 病院からの紹介 (_____) 知人・友人からの紹介 インターネット・ホームページを見て
 看板を見て 広告を見て (バス・幕張クリニック・健診センター・MTG クリニック) 当院体外受精勉強会に参加した
 その他 (_____)

【1. 結婚・結婚後の生活について】

- ① 結婚時の年齢は何歳ですか？ _____ 歳
② 結婚後、どのくらいがたちますか？ _____ 年 _____ ヶ月
③ 結婚後、避妊していた期間はありますか？ _____ 年 _____ ヶ月
④ お子さんが欲しいと思って、どのくらいですか？ _____ 年 _____ ヶ月
⑤ お子さんはいますか？ いない いる (_____ 人)
⑥ 一ヶ月の性交回数は何回ですか？ _____ 回

【2. 病気や手術について】

- ① 以下の手術を受けたことがありますか？ ない ある (○停留睪丸 ○陰嚢水腫 ○脱腸 ○盲腸)
② 以下の病気にかかったことがありますか？ ない ある (○中学生以降のおたふく ○性病 ○糖尿病)
③ 以下のような外傷を受けたことがありますか？ ない ある (○睪丸 ○頸椎：首 ○腰椎：腰)
④ 抗がん剤の治療を受けたことがありますか？ ない ある (_____ 歳：病名)
⑤ 放射線の治療を受けたことがありますか？ ない ある (_____ 歳：病名)
⑥ ご家族に遺伝的な病気はありますか？ ない ある (○自分の親戚 ○妻の親戚)
⑦ その他入院や通院を要した病気はありますか？ ない ある (_____ 歳：病名)

【3. 薬やアレルギーについて】

- ① いま飲んでいる薬はありますか？ ない ある (薬剤名： _____)
② いま飲んでいるサプリ、漢方はありますか？ ない ある (薬剤名： _____)
③ ステロイド剤 (副腎皮質ホルモン) を使ったことはありますか？ ない ある (薬剤名： _____)
④ 内服育毛剤 (プロペシアなど) を使ったことがありますか？ ない ある (薬剤名： _____)
⑤ アレルギーはありますか？ ない ある ○薬剤 (薬剤名： _____ 症状： _____)
○金属 ○ゴム製品 ○卵 ○大豆 ○花粉症 ○その他 (_____)

【SHIM 診断テスト】



《この6ヶ月のことをお答え下さい。該当する番号に○をつけてください。》

1. 勃起してそれを維持する自信はどの程度ありましたか？
 - 1 非常に低い
 - 2 低い
 - 3 中くらい
 - 4 高い
 - 5 非常に高い
2. 性的刺激によって勃起した時、どれくらいの頻度で挿入可能な硬さになりましたか？
 - 0 性的刺激はなかった
 - 1 ほとんど、又は全くならなかつた
 - 2 たまになつた（半分よりかなり低い頻度）
 - 3 時々なつた（ほぼ半分の頻度）
 - 4 しばしばなつた（半分よりかなり高い頻度）
 - 5 ほぼいつも、又はいつもなつた
3. 性交の際、挿入後にどれくらいの頻度で勃起を維持できましたか？
 - 0 性交を試みなかつた
 - 1 ほとんど、又は全く維持できなかつた
 - 2 たまに維持できた（半分よりかなり低い頻度）
 - 3 時々維持できた（ほぼ半分の頻度）
 - 4 しばしば維持できた（半分よりかなり高い頻度）
 - 5 ほぼいつも、又はいつも維持できた
4. 性交の際、性交を終了するまで勃起を維持するのはどれくらい困難でしたか？
 - 0 性交を試みなかつた
 - 1 極めて困難だつた
 - 2 とても困難だつた
 - 3 困難だつた
 - 4 やや困難だつた
 - 5 困難でなかつた
5. 性交を試みた時、どれくらいの頻度で性交に満足できましたか？
 - 0 性交を試みなかつた
 - 1 ほとんど、又は全く満足できなかつた
 - 2 たまに満足できた（半分よりかなり低い頻度）
 - 3 時々満足できた（ほぼ半分の頻度）
 - 4 しばしば満足できた（半分よりかなり高い頻度）
 - 5 ほぼいつも、又はいつも満足できた

【栄養】

あなたの最近の栄養状態について、お伺いします。

- ① 最近(もしくは前回の受診以降)あまり食欲がない。 はい / いいえ
 ② 最近(もしくは前回の受診以降)体重が減った。 はい / いいえ

【運動機能】

あなたの運動機能の状態について、お伺いします。

設問	はい(○)/いいえ(×)	点数配分
よく物忘れをして困っている。		2点
歩くときに、杖や歩行器など補助具を使用する。		2点
過去、1年以内に転んだことがある。		3点
睡眠剤(マイスリー、レンドルミンなど)、安定剤(リスパダール、セレネースなど)を服用している。		1点
尿回数が多い(日中8回以上、夜間2回以上)		1点
目が見えにくく、日常生活が不自由である。		1点
合計点(5点以上は転倒高リスク)		点

【疼痛】

あなたの現在のからだの痛みについてお伺いします。

- ① 現在、からだに痛みがある。 はい / いいえ

→①の質問で『はい』とお答えした方にお伺いします。

- ② どこが痛みますか。具体的にお答え下さい。

- ③ いつから痛みを感じていますか。

- ④ いまの痛みの大きさに該当する数字を○で囲んで下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛みなし ←————→ 最もつらい

【感染症 その他】

その他の症状についてお伺いします。

- ① 長く続く咳が出る。 はい / いいえ
 ② 皮膚にぶつぶつ(発疹・じんましん・水ぶくれ)が出ている。 はい / いいえ