

【生殖医療 男性問診票】

日付 ID :	/ /	WEB 説明	WEB 登録	問診票 入力	
------------	-----	-----------	-----------	-----------	--

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：（具体的に）_____ （デスクワーク中心） はい いいえ （夜勤） あり なし

◆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（病院名：_____ 紹介状：有・無） 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（○停留睾丸 ○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（○睾丸 ○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 _____）
- ⑧ 最近2～3ヶ月以内に高熱（38℃以上）が出ましたか？...いいえ はい（時期：_____）

【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、漢方がありますか？...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 アレルギーが ない あり→ ○金属 ○ゴム製品（ラテックス製品）○卵 ○大豆 ○花粉症 ○アルコール
○その他（_____）

今まで薬や注射で気分が悪くなったり、アレルギーが出たことはありますか？

ない あり→（薬や注射の名前）_____（症状）_____

【4. 性欲や性交時のことについて】

- ① 性欲（触れたい、性交したいという欲望）はありますか？……ある 少しある ほとんどない 全くない
- ② 性交時の勃起の状態はどうか？…性交可能な状態 挿入時に萎縮する 勃起が弱い又はしない
- ③ 性交時の射精の状態はどうか？…射精可能 絶頂感はあるが射精しない 絶頂感もなく射精しない
- ④ 性交時に絶頂感（オルガズム）はありますか？……十分にある ややある あまり感じない 全くない
- ⑤ 射精までの時間はどのくらいですか？……かなり時間がかかる 遅いほう 普通 早いほう かなり早い
- ⑥ ご自分でマスターベーションをすることはありますか？……よくある 時々 ほとんどない 全くない
- ⑦ マスターベーションでの勃起の状態はどうか？……………勃起する 弱いが勃起する 勃起しない
- ⑧ マスターベーションでの射精は週に何回ですか？…………… _____ 回/週
- ⑨ マスターベーションでの絶頂感（オルガズム）はありますか？……………ある ない

【5. 嗜好品や生活習慣について】

- ① 喫煙歴は？……………なし あり（ _____ 本/日・ _____ 歳から _____ 年間・禁煙してから _____ 年）
- ② 電子タバコの使用は？…なし あり
- ③ 主に履いている下着はなんですか？
……トランクス ボクサーパンツ(ボクサーブリーフ) ブリーフ ビキニ
- ④ お酒は飲みますか？
……いいえ はい (頻度:○毎日 ○付き合い程度→:月・週 _____ 回) (種類: _____) (量: _____ ml)
- ⑤ ひげは毎日剃りますか？…いいえ はい
- ⑥ サウナのご利用はありますか？…なし はい (月に _____ 回程度)
- ⑦ 自宅での入浴は？……………シャワー中心 湯船につかる (_____ 分程度)
- ⑧ 平均睡眠時間は？…………… (_____ 時間)
- ⑨ オートバイ・自転車の利用は？…なし ある (1日 _____ 分程度)
- ⑩ 膝上でノートパソコンを使用しますか？…いいえ はい
- ⑪ 最近取り組んでいることを教えてください (例) スポーツジムに通い始めた・下着を変えた等

 (_____)

【6. 精神的ストレスについて】

- ① いまの状況に精神的ストレスを感じていませんか？……………はい いいえ
- ② 誰かに相談したいと思いませんか？……………はい いいえ

【7. 検査や治療について】

- ① 今までに他院で、検査や治療をされたことがありますか？……………はい いいえ
- ② 当院で希望される検査や治療に関しまして、あらかじめ伝えたいことがありますか？…はい いいえ

*ご希望などありましたら下記にご記入ください

《ご協力ありがとうございました》

【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