

泌尿器科問診票

H 年 月 日 ※記入しないでください

泌尿器科(不妊治療)

カルテNo.

※記入しないでください



神戸元町 夢クリニック

ふりがな

お名前

生年月日 S/H 年 月 日 年齢 歳

ご結婚されたのはいつですか 年 月 (歳)

避妊期間は あり (年 カ月) ・ なし

不妊期間は あり (年 カ月) ・ なし

☆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☆

I. ご主人様にお尋ねします

①出身地 (生まれたところ) はどこですか

②身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型 Rh (+ -)

II. 本日精液検査を受けられる方にお尋ねします

①本日の禁欲はだいたい _____ 日

III. 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します

- ①性欲はありますか 有る ・ ない
- ②勃起しますか する ・ しない
- ③射精しますか する ・ しない
- ④性行為はだいたい1週間に _____ 回
- ⑤精液検査を受けたことはありますか 有る ・ ない
- ⑥男性不妊として治療を受けたことがありますか 有る ・ ない
- ⑦39度以上の熱が出たことがありますか 有る ・ ない
- ⑧性病にかかったことがありますか 有る (具体的に _____) ・ ない
- ⑨睾丸を打って腫れたことがありますか 有る (_____) ・ ない
- ⑩睾丸を降ろす手術をしたことがありますか 有る (_____) ・ ない
- ⑪そけいヘルニア (脱腸) の手術を受けたことがありますか 有る (_____) ・ ない
- ⑫睾丸の袋 (陰囊) に水が溜まったことがありますか 有る (_____) ・ ない
- ⑬入院手術を要する病気にかかったことがありますか 有る (_____) ・ ない
- ⑭心臓または肺の病気がありますか 有る (_____) ・ ない
- ⑮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

⑯ステロイド剤 (副腎皮質ホルモン) または精神科の薬を使ったことがありますか 有る (薬品名 _____) ・ ない

⑰アレルギー体質または体に合わない薬がありますか 有る (薬品名 _____) ・ ない

⑱喫煙されますか 吸う (本 × 年) ・ 吸わない

⑲お酒は飲みますか 飲む (合 × 年) ・ 飲まない

⑳食欲はありますか ない ・ 普通

㉑睡眠はいかがですか 悪い ・ 普通

(次頁に続く)

②便通はいかがですか

悪い ・ 普通

③小便の回数ほどの位ですか

昼間 (回) 夜間 (回)

IV. 奥様にご記入願います

①以前に通院されていた病院ありますか

ある (病院名
(年 月から通院)

ない

②妊娠したことはありますか

ある ・ ない

③流産したことはありますか

ある ・ ない

④基礎体温はつけていらっしゃいますか

はい ・ いいえ

⑤二相性ですか

はい ・ いいえ

⑥高温期は約14日間ありますか

はい ・ いいえ

⑦卵管の通過性を検査したことがありますか

ある ・ ない

⑧狭窄 (狭いところ) があると言われましたか

はい ・ いいえ

⑨閉塞 (詰まっている所) があると言われましたか

はい ・ いいえ

⑩ヒューナーテスト (性行為後、子宮粘膜の精子の有無の検査) をしたことがありますか

ある ・ ない

その時精子が子宮に届いていないと言われましたか

はい ・ いいえ

⑪人工授精を受けたことがありますか

ある ・ ない

どこで何回受けましたか (

で 回)

V. 今までかかった病気をご記入下さい

[Empty box for recording illnesses]

ご記入ありがとうございます。

お名前 _____

カルテNo. _____

※記入しないでください



神戸元町 夢クリニック