

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ Kg

妻・パートナーの氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 当院 ID : _____

妊娠 _____ 回 流産 _____ 回 分娩 _____ 回

緊急連絡先（携帯電話等のつながりやすい電話番号）： _____

(ア) 当院を受診したきっかけは何ですか？ 該当するものに○を付けて下さい

1.インターネット（a～eの中から1つ選んで下さい）

a.広告サイト b.山王病院ホームページ c.YouTube d.TikTok e.インスタグラム f.X（旧 Twitter）

2.家族や知人・友人からの紹介

3.他の医療機関からの紹介

4.その他（ _____ ）

(イ) 本日はどのようなことでおいでになりましたか

1.不妊の相談、検査 2.奥さまが当科で検査を受けあなたの検査を勧められた

3.他の病院で検査を受け、精密検査を勧められた

4.その他（ _____ ）

(ウ) 子供を作りたいと思ってから _____ 年 _____ カ月

(エ) 結婚歴についてお尋ねします

1.現在結婚している：結婚年齢 _____ 歳（ _____ 年 _____ 月） 子供は _____ 人

2.離婚して再婚した：離婚（ _____ 年 _____ 月）再婚（ _____ 年 _____ 月）

前妻との間に子供は _____ 人 現在の妻との間に子供は _____ 人

3.婚約中 4.独身

◆ 子供がいらっしゃる方：子供の年齢 _____ 歳

その際の妊娠法（自然妊娠 タイミング法 人工授精 体外受精 顕微授精）

(オ) 今まで精液やホルモンなどの検査を受けたことがありますか

1.ある（ _____ 年 _____ 月頃） 2.ない

結果：1.異常なし 2.異常あり（ _____ ）

(カ) タバコは吸いますか

1.吸う（ _____ 歳から 1日 _____ 本） 2.吸わない

3.禁煙した（禁煙後 _____ カ月／年、喫煙中は1日 _____ 本吸っていた）

(キ) アルコールは飲みますか

1.飲む（毎日飲む 週 _____ 日飲む 時々飲む） 2.全く飲まない

(ク) 最近1年以内に一般的な健康診断（会社の健診や人間ドックなど）は受けましたか

1.受けた（ _____ 年 _____ 月頃） ⇒結果は i.異常なし ii.要指導 iii.要精査／治療

2. 1年以上前に受けた（ _____ 年 _____ 月頃） 3.いままで受けたことがない

(ケ) 今現在あるいは過去、他の病院で精密検査あるいは治療を受けている（受けていた）病気はありますか

1.ない 2.ある（病名： _____ 歳頃から）

(コ) お薬や食べ物などで、アレルギーや蕁麻疹を起こしたことがありますか

1.ある（薬剤名など具体的に： _____ ）

2.ない

裏面にもございます。ご記入下さい

(サ) 最近3カ月の間に高熱や体調不良がありましたか

- 1.ある (病名: _____) 2.ない

(シ) おたふくかぜにかかったことがありますか

- 1.ある (____歳頃) 2.ない 3.わからない

その時睾丸が腫れましたか i.腫れた ii.腫れなかった iii.分からない

(ス) 停留精巣や脱腸(そけいヘルニア)の手術を受けたことがありますか

- 1.ある (____歳頃) 2.ない 3.わからない

(セ) 上記以外に睾丸や精管や前立腺の手術を受けたことがありますか

- 1.ある (____歳頃 手術名 _____)
2.ない 3.わからない

(ソ) クラミジアや淋病、尿道炎、副睾丸炎、前立腺炎にかかったことがありますか

- 1.ある (____歳頃 治療は した/していない) 2.ない 3.わからない

(タ) 睾丸を強く打撲した、背骨/骨盤の骨折などをしたことがありますか。

- 1.ある (病名: _____ 歳頃) 2.ない

(チ) 月に1回以上の頻度で使用している薬、サプリメントなどがありますか

- 1.ある (薬剤名: _____ 年____月頃から)
2.ない

(ツ) 蓄膿症、気管支拡張症、慢性気管支炎にかかったことがありますか

- 1.ある (____歳頃) 2.ない 3.わからない

(テ) 放射線治療を受けたことがありますか

- 1.ある (____歳頃) 2.ない 3.わからない

(ト) 抗がん剤治療を受けたことがありますか

- 1.ある (____歳頃) 2.ない 3.わからない

(ナ) ひげは毎日剃りますか

- 1.はい 2.ときどき (____日に1回くらい)

(ニ) 性機能について悩んでいること、相談したいことがありますか

- 1.ある: 性欲がない・勃起しない・挿入できない・膣内射精ができない・射精しない
射精感はあるが精液が出ない・その他 (_____)
2.ない

奥さまについてお尋ねします

(ヌ) 不妊検査・治療を受けたことがありますか

- 1.当科で受けている/受けていた (診察券番号 _____)
2.他院で受けている/受けていた (____年____月頃~____年____月頃)
検査の結果 : 異常なし 異常あり (_____)
今まで受けた治療法: タイミング法・人工授精・体外受精・顕微授精

☆今後あなたが当科で行っていきたいこと、あるいは行いたくないことなど、ご要望がございましたら以下の余白にご自由にお書き下さい。

ご記入お疲れ様でした。ご協力ありがとうございました。