

生殖外来問診票 (男性用)

当院では、ご提供頂いた個人情報は医療サービスの提供・医療保険事務などの目的に利用させていただきます。

患者様の個人情報が外部に漏れることはありません。

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日	西暦	年	月	日	(歳)
妻 (パートナー) ふりがな 氏名	生年月日	西暦	年	月	日	(歳)

連絡先 〒 住所 _____

TEL { ① 本人様携帯 ()
② 緊急連絡先 () □妻 (パートナー) □ご家族など (様: 続柄)

※①の連絡先に繋がらない場合や、緊急の場合に②へご連絡させていただきます。

当院から電話・郵送によりご連絡する際、病院名を告げてよろしいですか。(はい・いいえ)

ご職業 (具体的にご記入ください)

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ ◎BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) ※身長はcm→mにして計算

本日はどのような目的でご来院されましたか。

- 不妊検査と治療希望 (タイミング療法 人工授精 体外受精・顕微授精)
- プレコンセプションケア検査 (精液検査)
- 他院からの紹介 (医療機関名: _____)
(医療機関からの紹介状をお持ちですか いいえ はい)
- 他院で不妊治療しているが、病院を変えたい
- 第2子以降の体外受精 (凍結胚の移植)
- 体外受精のセカンドオピニオン
- 不育症検査希望 (習慣流産の検査)
- その他 (_____)

現在、他の医療機関に通院されていますか。

いいえ はい⇒ 医療機関名 (_____)

1. あてはまる□に✓を付け、必要事項をご記入ください。

・ 婚姻歴 { 初婚 (_____ 年 _____ 月) 本人 (_____) 歳 妻 (_____) 歳の時
 再婚 (_____ 年 _____ 月) 本人 (_____) 歳 妻 (_____) 歳の時
 事実婚 - 現在 (同居・別居)
 未婚 - 入籍の予定 (なし・あり _____ 年 _____ 月 日入籍予定) } お子様の有無 (なし・あり 人)

妻 (パートナー) について: 初婚 再婚・再々婚 - お子様の有無 (なし・あり 人)

● 避妊をせず、妊娠を希望してからの期間 (妊活期間) _____ 年 _____ 月 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月まで)

2. 健康診断についてご記入ください。

・ 1年以内に健康診断を受けましたか。

いいえ はい⇒ 健診時期 _____ 年 _____ 月 医療機関名 (_____)

3. 既往歴についてご記入ください。

下記の病気をしたことはありますか。

<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 膠原病 (慢性関節リウマチなど)	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 血栓症	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患
<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・クラミジア など)	<input type="checkbox"/> てんかん
<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> 停留睪丸	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ (思春期以降で)	<input type="checkbox"/> 39度以上の発熱 (思春期以降で)
<input type="checkbox"/> 睪丸を打って腫れた	<input type="checkbox"/> 陰嚢水腫	<input type="checkbox"/> ED	<input type="checkbox"/> その他 (_____)

⇒ ※その際の通院歴、治療歴などをご記入ください。(裏面にも続きます)

疾患名	年/月	年齢	手術の有無	経過	医療機関名
	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 手術名 (_____)	<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	
	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 手術名 (_____)	<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	

