

当院では、提供していただいた個人情報医療サービスの提供・医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきます。個人情報が外部に漏れることはありません。以下の質問にお答えください。

氏名	ID フリガナ 妻	年 月 日生 才
		身長 cm 体重 kg
	ID フリガナ 夫	年 月 日生 才
		身長 cm 体重 kg
当院までの通院時間 約 分 通院手段()		

※当院より電話、郵送などでご連絡する場合、病院名を出してもよろしいですか？ はい / いいえ

1.結婚・不妊歴について

1	結婚歴	結婚	年 月 日 既婚 / 事実婚
		夫	初婚 / 再婚 (子ども 有 / 無)
		妻	初婚 / 再婚 (子ども 有 / 無)
2	不妊期間	年 カ月	
	避妊期間	ない / ある (年 月～ 年 月 理由:)	
	避妊内容	コンドーム / ピル / 膣外射精 / その他()	

2.生活環境について

1	職業について		職業・職種			
		夫				
		妻				
2	家族構成	本人 夫 ・ パートナー 子ども()人 その他()				
3	日常生活の習慣について		食欲	アルコール	喫煙	睡眠
		夫	良好・不振	毎日・時々・無	本/日・無	良好・不振
		妻	良好・不振	毎日・時々・無	本/日・無	良好・不振
4	夫婦生活について	結婚した頃の1か月の性交回数 回				
		現在の1か月の性交回数 回				

3.今までに不妊検査と不妊治療を行ったことはありますか？ ある / ない [「ない」の方は4.へお進みください]

3-1.ある方は下記の表にご記入ください。

治療法	選択してください	病院名
タイミング法	年 月 ～ 年 月	
排卵誘発法	年 月 ～ 年 月	
人工受精	年 月 ～ 年 月()回	
体外受精	年 月 ～ 年 月()回	
手術療法 (腹腔鏡含む)	年 月 (手術名:)	
その他		

検査	選択してください
クラミジア検査	年 月 陰性 / 陽性
ホルモン検査	年 月 正常 / 異常 / 不明
AMH (抗ミュラー管ホルモン)	年 月 正常 / 高い / 低い / 不明
フナーテスト	年 月 良好 / やや不良 / 不良 / 不明
子宮卵管造影検査(HSG)	年 月 右: 正常 / 異常 / 不明 左: 正常 / 異常 / 不明
精液検査	年 月 正常 / 異常 / 不明
風疹について	予防接種を受けた→ 年 月 受けてない / 風疹にかかった

3-2.今まで治療した病院で、不妊原因は何と言われていましたか。(重複可)

☐卵管の異常 ☐排卵障害 ☐精子の異常 ☐子宮内膜症 ☐子宮筋腫 ☐ホルモンの異常
☐性交障害 ☐年齢 ☐その他()

3-3.施設を変えた理由は何ですか。

理由()

4.月経について

①初潮	才
②月経周期	順調(日周期) / 不順 持続日数 日間
	最終生理 年 月 日から 日間
	その前 年 月 日から 日間
③生理痛はありますか	下腹痛 / 腰痛 / 頭痛 / その他()
④鎮痛剤は服用しますか	いいえ / はい(薬名:)

5-1.

5-2. 5-1で分娩経過の6に記入した方は配偶者またはパートナーの方もご存じですか。

6.不妊治療を現在どのようにお考えですか。

☐その他()

☐ 全く考えていない

□その他()

いいえ / はい 続柄() 病名()

10.その他、何かありましたらご自由にお書きください。

はい / いいえ（いいえの方は当院での治療はできません）

男性問診票
(ご主人様をご記入ください)

夫氏名 /

ID:

妻氏名 /

ID:

1.日常生活について

- ①朝の出勤時間：平均 時頃 / 帰宅時間：平均 時頃
②お仕事は忙しいですか ☐あまり忙しくない ☐普通 ☐忙しい ☐とても忙しい
③勤務にストレスを感じますか ☐強い ☐あまりない ☐ない

2.病歴について

- ①現在、通院中の方はご記入ください
疾患名() 病院名()
②現在、内服している薬はありますか
いいえ / はい(薬名)
③アレルギーがある方はご記入ください
薬名() / 食物() / その他()
④これまでに下記のような病気にかかったことがありますか(重複可)
☐癌() ☐結核 ☐糖尿病 ☐心疾患 ☐高血圧 ☐喘息 ☐腎疾患 ☐肝疾患 ☐痛風
☐精神疾患 ☐潰瘍性大腸炎 ☐流行性耳下腺炎(おたふく風邪) ☐睾丸炎 ☐副睾丸炎
☐停留睾丸 ☐陰嚢水腫 ☐鼠径ヘルニア ☐クラミジア ☐淋病 ☐梅毒
☐B型肝炎 ☐C型肝炎 ☐その他()
⑤手術や入院をしたことがありますか ない / ある(ある方は下記にご記入ください)
いつ頃(年 月) 病名() 病院名()
⑥ご両親やご兄弟で遺伝性の病気、癌等にかかった方はいらっしゃいますか
いいえ / はい 続柄() 病名()
⑦交通事故やスポーツなどで睾丸に損傷を受けたことがありますか : ない / ある (才) 左 / 右
⑧育毛剤内服薬(プロペシア)を使用していますか : していない / している (年 月頃~)
⑨放射線治療を受けたことがありますか : ない / ある (年 月~ 年 月)
⑩抗がん剤の投与を受けたことがありますか : ない / ある (年 月~ 年 月)

3.性生活について

	結婚した頃	現在
性欲	☐ 正常にあった ☐ やや減退していた ☐ ほとんどなかった ☐ 全くなかった	☐ 正常にある ☐ やや減退している ☐ ほとんどない ☐ 全くない
射精	☐ 膣内射精できた ☐ 勃起不全 ☐ 勃起はするが膣内射精できなかった	☐ 膣内射精できる ☐ 勃起不全 ☐ 勃起はするが膣内射精できない

- ①不妊治療のための性交渉に不満を感じますか : 感じない / 感じる
②今までに勃起不全治療薬(バイアグラ、レビトラ)を使用したことがありますか : ない / ある
今後も必要としますか : 必要 / 不必要
③その他、何かありましたらご自由にお書きください

ご夫婦間の検査結果をお話することに同意されますか？ はい / いいえ

(いいえの方は当院での治療はできません)

本日、精子検査の結果を希望されますか？

はい / いいえ