



男性問診票

患者 ID _____

年 月 日

カナ		TEL () -	
氏名 (歳)		生年月日 S・H・R 年 月 日	
		住所 〒	
血液型(型) Rh()			
身長 cm	体重 kg	職業	パートナー氏名 生年月日(年 月 日)
結婚 ☐ 未婚 ☐ 婚約中 ☐ 事実婚 ☐ 結婚 _____ 年 _____ 月 _____ 日			

- 来院目的 ☐ 精液検査 (☐DFI 検査 ☐抗酸化力検査) ☐ ブライダルチェック(全額自費)
☐ 一般不妊治療(タイミング療法/人工授精) ☐ ART(体外受精/顕微授精)
☐ セカンドオピニオン ☐ その他(_____)
- 精液検査を受けられたことはありますか？ (はい ・ いいえ)
- 男性不妊治療のご経験はありますか？ (はい ・ いいえ)
- 性欲はありますか？ (はい ・ いいえ)
- 勃起しますか？ (はい ・ いいえ)
- 腔内射精は可能ですか？ (はい ・ いいえ)
- マスターベーションによる射精は可能ですか？ (はい ・ いいえ)
- 性行為はだいたい月に _____ 回
- 妊娠を希望してからどのくらいの期間が経過していますか？ (_____ 年 _____ ヶ月)

●これまでの病気について

これまでに病気をされたことがある方はそちらについて記載してください。

(_____ 歳 病名: _____ → 現在使用薬名 _____ ・ 現在完治)

これまでに手術を受けたことがある方はそちらについて記載してください。

(_____ 歳 病名: _____ → 手術名 _____)



●アレルギーの既往 【 なし ・ あり → ありの方は以下にお答えください。】

☐ 薬 ☐ 食べ物 ☐ アルコール ☐ ラテックスゴム ☐ 麻酔薬

(原因物質: _____)

(症状: _____)

●喫煙はされていますか？ ☐ いいえ ☐ はい (1日／_____本)

●平均睡眠時間はどのくらいですか？ ☐ 6時間未満 ☐ 6～8時間 ☐ 8時間以上

●飲酒はされますか？ ☐ いいえ ☐ はい (週_____日_____本)

●家族歴 ご家族の中に何か特別な病気の方はいますか？

【 いない ・ いる (遺伝病 ・ 糖尿病 ・ がん ・ 高血圧 ・ その他:_____) 】

●その他、ご相談やご質問等ございましたら下記にご記入ください。

(_____)

直近6ヶ月の状態について当てはまるものをそれぞれ一つずつ選んで印をつけてください。

1.勃起してそれを維持する自信はどの程度ありましたか		非常に低い 1	低い 2	中くらい 3	高い 4	非常に高い 5
2.性的刺激によって勃起した時どのくらいの頻度で挿入可能な硬さになりましたか	性的刺激はなかった 0	ほとんど又は全くならなかった 1	たまになった(半分よりかなり低い頻度) 2	時々なった(ほぼ半分の頻度) 3	しばしばなった(半分よりかなり高い頻度) 4	ほぼいつも又はいつもなった 5
3.性交の際、挿入後にどのくらいの頻度で勃起を維持できましたか	性交を試みなかった 0	ほとんど又は全く維持できなかった 1	たまに維持できた(半分よりかなり低い頻度) 2	時々維持できた(ほぼ半分の頻度) 3	しばしば維持できた(半分よりかなり高い頻度) 4	ほぼいつも又はいつも維持できた 5
4.性交の際、性交を終了するまで勃起を維持するのはどのくらい困難でしたか	性交を試みなかった 0	極めて困難だった 1	とても困難だった 2	困難だった 3	やや困難だった 4	困難でなかった 5
5.性交を試みた時、どのくらいの頻度で性交に満足できましたか	性交を試みなかった 0	ほとんど又は全く満足できなかった 1	たまに満足できた(半分よりかなり低い頻度) 2	時々満足できた(ほぼ半分の頻度) 3	しばしば満足できた(半分よりかなり高い頻度) 4	ほぼいつも又はいつも満足できた 5

合計点数 _____ 点