

男性問診票 来院日西暦 年 月 日

夫	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	携帯メールアドレス
住所	〒	自宅電話番号
		PC メールアドレス

血液型_____型 RH () 身長_____cm 体重_____kg

初婚 再婚(前妻との間に子供は なし あり→ 人)

パートナーの来院有無 有 (診察券番号: _____ 名前: _____) 無

来院目的 プレコンセプション スクリーニング検査 精液検査
その他 (_____)

1. 使ってはいけないお薬がありますか? 無・有 ⇒ある方は薬の名前をお書き下さい
 ()

2. 現在内服しているお薬はありますか?
 無・有 ()

現在内服しているサプリメントはありますか?
 無・有 ()

3. タバコを吸われますか? 吸わない・吸う (本/日 年間)

4. 飲酒に関して:飲まない、飲む ()

5. 運動の習慣:ない、ある ()

6. 性交回数は月に何回くらいですか? (回)

7. マスターーションは月に何回くらいですか? (回)

8. 今日の禁欲期間は何日くらいですか? (日)

9. 高い熱を出したことがありますか? いいえ、はい ⇒ 病名()

10. ご家族にガン、糖尿病、流産の既往がある方はいますか? いいえ
 ()

ご家族に遺伝性の病気はありますか? いいえ
 はい ⇒ 病名()

11. 採血などの検査結果は奥様にお伝えしても良いでしょうか?
 良い、必ず本人に伝えて欲しい

12. おたふく風邪にかかったことはありますか？

ある（　　歳頃）、ない、わからない

13. 今までに下記のような病気をしたことがありますか？

癌・糖尿病・高血圧・腎臓病・心臓病・肝臓病・甲状腺疾患・肝炎
その他（　　）

14. 睾丸の手術を受けたことがありますか？　ない

ある（　　）

15. パイプカットの手術を受けたことがありますか？　ない、ある（　　歳頃）

16. そけいヘルニアの手術を受けたことがありますか？　ない、ある（　　歳頃）

17. 性機能について悩んでいること、相談したいことはありますか。

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、
早漏、射精感はあるが精液が出ない

その他（　　）

18. 性病にかかったことはありますか？　ない

ある（　　）

19. 精液検査を受けたことがありますか？　ない

ある　正常、異常　病院名（　　）検査時期（　　）

20. 採血によって気分が悪くなった事がありますか？

無・有（　　）

採血に際して希望がありますか？（　　）

※初診時に採血をする場合があります。食事や水分を十分に摂取してご来院ください。

21. 今までに大きな病気や手術をしたございましたらお書き下さい。

年　月	病名	手術名	病院名
年　月			
年　月			
年　月			

22. 職業に関して

勤務時間（　時　～　時　）　休日（　　）

職種（　　）　勤務地（　　）

通院しやすい曜日、時間帯はありますか（　　）

23. 当院への希望はありますか？

治療ペース（ゆっくり 普通 早め）　検査（最小限　できるだけたくさん）

精神面のフォロー（カウンセリング等）も希望

その他（　　）