

ID: \_\_\_\_\_

ふりがな お名前	明 大 昭 平	年	月	日	歳
電話	携帯電話				
住所					

この問診票では、不妊症の診断や治療のため必要な事柄をお伺いします。  
 正確な記入をお願いいたします。 **個人的秘密は厳守いたします。**

① 身長 ( \_\_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_\_ Kg)

② 出身地 ( \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市)

③ ・家族に遺伝的な病気はありますか?: ( ない ・ ある ) (病名: \_\_\_\_\_ )  
 ・血族結婚は: ----- ( ない ・ ある )

④ いままでかかったことのある病気、治療に○をつけ、その時の年齢を記入してください。

- 停留精巣 (精巣が陰嚢に降りてこない状態) の手術 ( なし ・ 左 ・ 右 ・ 両方 ) ( \_\_\_\_\_ 歳)
- 陰嚢水腫 (陰嚢に体液が貯まる病気) の手術 ----- ( なし ・ 左 ・ 右 ・ 両方 ) ( \_\_\_\_\_ 歳)
- 鼠径ヘルニア (足の付け根付近の脱腸) の手術 --- ( なし ・ 左 ・ 右 ・ 両方 ) ( \_\_\_\_\_ 歳)
- 精巣の外傷 ----- ( なし ・ 左 ・ 右 ・ 両方 ) ( \_\_\_\_\_ 歳)
- 梅毒 ----- ( \_\_\_\_\_ 歳)     淋病 -- ( \_\_\_\_\_ 歳)     結核 ----- ( \_\_\_\_\_ 歳)
- 糖尿病 ----- ( \_\_\_\_\_ 歳)     蓄膿症 ( \_\_\_\_\_ 歳)     気管支拡張症 ( \_\_\_\_\_ 歳)
- 慢性気管支炎 ( \_\_\_\_\_ 歳)
- おたふくかぜ ( \_\_\_\_\_ 歳、そのとき精巣が:     はれた     はれない )
- 抗癌剤治療 --- ( \_\_\_\_\_ 歳) (病名 \_\_\_\_\_ )
- 放射線治療 --- ( \_\_\_\_\_ 歳) (病名 \_\_\_\_\_ )
- その他、いままでに病気や手術をしたことがあれば、病名、手術名、そのときの年齢などを記入してください。( \_\_\_\_\_ )

⑤ 最近3ヶ月の健康状態について当てはまるものに○をしてください。

- 全く健康であった
- 病気をした (病名: \_\_\_\_\_ )
- 高熱や体調不良が ( あった ・ なかった )

⑥ 仕事などで以下の物質や環境に接することがありましたか。あれば○をしてください。

- 鉛             亜鉛         ヒ素         一酸化炭素     カドミウム     高温環境
- 低温環境     放射能     酸素不足の状態 (職業: \_\_\_\_\_ )

⑦ 喫煙、飲酒について

- ・たばこを (  吸う ・  吸わない ) (1日: \_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年間)
- ・酒を (  飲まない ・  少し飲む ・  毎日飲む ・  たくさん飲む )

⑧ ・初めて陰毛が生え、声変わりをした年齢は( ) 歳頃)  
 ・初めての射精(夢精)を経験した年齢は---( ) 歳頃)

⑨ ・結婚の年齢は( ) 歳) ( 初婚 ・ 再婚 ・ 妻が再婚 )  
 ・結婚してからの年数は----- ( ) 年 ( ) ヶ月)  
 ・避妊していた時期があればその期間は( ) 年 ( ) ヶ月)

⑩ ・こどもは( いない ・ いる ) (こどもの人数と年齢は )  
 ・奥様は流産や死産をしたことが ( ある ・ ない ) ( 流産 ・ 死産 )

⑪ いままでに精液を検査をしたことがありますか( ある ・ ない )

・検査を受けたのは ( ) 年 ( ) ヶ月前)  
 検査を受けた病院( )

・検査の結果は(  正常  精子が少ない  精子がない  不明 )

・いままでに不妊症やホルモン治療などをうけたことがありますか( ない ・ ある )  
 (治療内容: )

⑫ 現在ヒゲは(  毎日剃る  週 \_\_\_\_\_ 回剃る  ほとんど剃らない )

## ⑬ 夫婦生活について

・何か問題がありますか。(問題点: )  
 ・夫婦生活は月に何回くらいですか。----- ( ) 回)  
 ・勃起について----- (  する  勃起しにくい  全く勃起しない )  
 ・射精について----- (  する  射精しにくい  全く射精しない )

## ⑭ 奥様についてお尋ねします。

・名前( ) 年齢( ) 歳)  
 ・大きな病気をしたことがありますか( ない ・ ある )  
 (病名: ) その時の年齢 ( ) 歳)  
 ・産婦人科を受診していますか( していない ・ している ) (病院名: )  
 ・異常は( ない ・ ある ) (病名: )  
 ・治療は( していない ・ している )

⑮ 血液型 夫( ) 型) 妻( ) 型)

⑯ アレルギーはありますか( ない ・ ある ) (病名: )

⑰ ・薬を内服して湿疹が出たり、具合が悪くなったことはありますか( ない ・ ある )  
 (薬の名前: )