

男性不妊症 問診表

記入日 西暦 年 月 日

1. ふりがな 氏名：
生年月日：西暦 年 月 日 年齢 歳
血液型：
連絡先：
身長： cm 体重： kg
職業 (具体的に)
2. 妻(パートナー)氏名： 年齢： 歳 血液型：
職業： (具体的に)
3. 夫の結婚時の年齢： 歳 (初婚 ・ 再婚 ・ 妻が再婚)
4. 結婚期間： 年 ヶ月 子供は(1. いる： 人, 歳 2. いない)
5. 再婚の方は前妻との間に子供は(1. いる 2. いない)
6. 奥様は流産・死産のご経験がありますか？ (1. ある： 流産 ・ 死産 2. ない)
7. 不妊期間はどれくらいですか？： 年 ヶ月
8. おたふく風邪にかかったことがありますか？
(1. ある： 歳, その時に精巣が 腫れた ・ 腫れなかった 2. ない)
9. 停留精巣の手術を受けたことがありますか？：
(1. ある： 歳, 左 ・ 右 2. ない)
10. 陰のう水腫の手術を受けたことがありますか？：
(1. ある： 歳, 左 ・ 右 2. ない)
11. 陰のうに怪我をしたことがありますか？：
(1. ある： 歳, 左 ・ 右 2. ない)
12. パイプカットの手術を受けたことがありますか？：
(1. ある： 歳, 左 ・ 右 2. ない)
13. ヘルニアの手術を受けたことがありますか？：
(1. ある： 歳, 左 ・ 右 2. ない)
14. 他に何か手術を受けたことがありますか？：
(1. ある： 歳, 手術名： 2. ない)
15. 性病にかかったことがありますか？：
(1. ある： 歳, 病名： 2. ない)
16. 放射線治療を受けたことがありますか？：
(1. ある： 歳, 病名： 2. ない)
17. 抗がん剤治療を受けたことがありますか？：
(1. ある： 歳, 病名： 2. ない)
18. 過去に大きな病気にかかったことがありますか？：
(1. ある： 歳, 病名： 2. ない)

19. 現在、治療中の病気がありますか？：
(1. ある： 歳，病名： 2. ない)
20. 現在、服用している薬がありますか？：
(1. ある： 歳，薬品名： 2. ない)
21. 薬のアレルギーはありますか？：
(1. ある： 歳，薬品名： 2. ない)
22. タバコを吸いますか？：(1. 吸う： 本 / 日 2. 吸わない)
23. ご主人に兄弟・姉妹はいますか？：(1. いる： 人 2. いない)
その兄弟・姉妹に子供はいますか？：(1. いる： 人 2. いない)
24. ご家族に遺伝的な病気はありますか？：
25. 性欲(性交をしたい、女性に触れたいといった欲望)はいかがですか？：
a. 正常にある
b. やや減退している
c. ほとんどない
d. 全くない
26. 勃起・性行為の時の勃起の状態はいかがですか？：
a. 勃起は正常で、性交可能である。持続力も良い
b. 勃起はするが、膣内に挿入すると萎縮してしまう
c. 勃起力が弱く、膣内への挿入ができない
d. 全く勃起しない
27. 射精の状態はいかがですか？：
a. 射精できる(精液量は正常)
b. 射精はできるが、精液量は少ない
c. オルガズム(絶頂感)があるが精液が出ない
d. オルガズムが(絶頂感)もなく、射精もない
28. 射精までの時間はいかがですか？：
a. 遅い
b. 正常
c. 早い
d. 射精できない
29. ご夫婦の性交回数は月に何回くらいですか？：(回 / 月)
30. 今まで精液検査を受けたことがありますか？：
(1. ある 時期： 西暦 年 月，結果： 2. ない)
31. 奥様は不妊治療を受けていますか？
(1. いる 施設名： 治療内容： 2. ない)
32. その他、伝えたいことがあればお書きください：