

## 男性不妊外来予診用紙 (初診用)

(診療に役立てますので、お手数ですが可能な範囲でご記入をお願いします)

( 年 月 日記入)

お名前	生年月日 (年齢)	職業
ご主人	年/ 月/ 日 ( 歳)	
奥様	年/ 月/ 日 ( 歳)	

血圧	脈拍	身長 (cm)	体重 (kg)
/			

入籍していますか？
<input type="checkbox"/> はい (西暦 年 月 ) <input type="checkbox"/> 入籍予定 <input type="checkbox"/> いいえ
お子さんは何人希望していますか
<input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 二人 <input type="checkbox"/> 三人以上 <input type="checkbox"/> あまり希望していない
お子さんはいますか
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ( 歳) <input type="checkbox"/> 前妻との間にいる <input type="checkbox"/> 前夫との間にいる
いる場合、妊娠に至った方法を教えてください
<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精

## &lt;不妊治療について伺います&gt;

いしかわプレ妊活健診をご存知ですか？
<input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 知っているが利用していない <input type="checkbox"/> 利用した
現在避妊はしていますか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( 年 月からしていない )
精液検査を受けたことがありますか？
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (1回) <input type="checkbox"/> ある (2回) <input type="checkbox"/> ある (3回以上)
行った不妊治療に全てチェックしてください
<input type="checkbox"/> 避妊の中止 <input type="checkbox"/> タイミング療法 (自己管理) <input type="checkbox"/> タイミング療法 (通院管理)
<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
行った治療の期間について教えてください
タイミング療法 (自己管理) 西暦 年 月 ~ 年 月 (計 周期)
タイミング療法 (通院管理) 西暦 年 月 ~ 年 月 (計 周期)
人工授精 西暦 年 月 ~ 年 月 (計 周期)
体外受精 西暦 年 月 ~ 年 月 (計 周期)
顕微授精 西暦 年 月 ~ 年 月 (計 周期)

<からだの状態について伺います>

以下の病気になったことがあればチェックしてください			
<input type="checkbox"/> 陰嚢水腫	( 歳)	<input type="checkbox"/> 停留精巣	( 歳)
<input type="checkbox"/> 精巣炎	( 歳)	<input type="checkbox"/> 前立腺炎	( 歳)
<input type="checkbox"/> 尿道炎	( 歳)	<input type="checkbox"/> 尿道ヘルニア	( 歳)
<input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎	( 歳)	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	( 歳)
<input type="checkbox"/> 気管支拡張症	( 歳)	<input type="checkbox"/> 悪性疾患 (癌・白血病)	( 歳)
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	( 歳)	<input type="checkbox"/> 結核	( 歳)
<input type="checkbox"/> 肝炎	( 歳)	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	( 歳)
<input type="checkbox"/> 高血圧	( 歳)	<input type="checkbox"/> 糖尿病	( 歳)
<input type="checkbox"/> 高脂血症	( 歳)	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎・クローン病	( 歳)
<input type="checkbox"/> 関節リウマチ	( 歳)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
3ヵ月以内に38℃以上の発熱はありましたか			
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある	
過去に手術を受けたことはありますか? (手術名、いつ頃)			
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある ( )	
常用している薬はありますか? (薬剤名、いつから)			
<input type="checkbox"/> ない		( )	
<input type="checkbox"/> 内服薬、漢方薬		( )	
<input type="checkbox"/> 内服の育毛剤		( )	
<input type="checkbox"/> サプリメント		( )	
<input type="checkbox"/> その他		( )	
アレルギーはありますか? (ある場合、何に対してですか?)			
<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある ( )	
定期的な健康診断、人間ドックは受けていますか?			
<input type="checkbox"/> 受けていない			
<input type="checkbox"/> 受けており異常は指摘されていない			
<input type="checkbox"/> 受けており異常が指摘されている (具体的に: )			
勃起に問題がありますか?			
<input type="checkbox"/> 問題ない		<input type="checkbox"/> 勃起するが維持できない	
<input type="checkbox"/> 全く勃起しない			
射精に問題がありますか?			
<input type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> マスターベーションでのみ可能		<input type="checkbox"/> 最近勢いが無い	
マスターベーションの頻度はどれくらいですか?			
<input type="checkbox"/> 全くない		<input type="checkbox"/> 1回/月以下	
<input type="checkbox"/> 2-3回/月		<input type="checkbox"/> 1-2回/週	
<input type="checkbox"/> 3-4回/週以上			
性交渉の頻度はどれくらいですか?			
<input type="checkbox"/> 全くない		<input type="checkbox"/> 1回/月以下	
<input type="checkbox"/> 2-3回/月		<input type="checkbox"/> 1-2回/週	
<input type="checkbox"/> 3-4回/週以上			

<生活習慣について伺います>

タバコは吸いますか？ (どの程度ですか?)	
<input type="checkbox"/> 吸わない	
<input type="checkbox"/> 時々吸っている	( 本/月を 歳から)
<input type="checkbox"/> 毎日吸っている	( 本/日を 歳から)
<input type="checkbox"/> 吸っていたが禁煙した	( 本/日を 歳から 歳まで)
タバコを吸っている方に伺います。禁煙しようと思ったことはありますか？	
<input type="checkbox"/> 思ったことはない	<input type="checkbox"/> 加熱式タバコ (アイコス、グロー、プルーム・テック、パルズ) に切り替えた
<input type="checkbox"/> 禁煙の意欲はある	<input type="checkbox"/> 電子タバコ (ベイプ) に切り替えた
<input type="checkbox"/> 現在減らしている	
お酒は飲みますか？	
<input type="checkbox"/> 習慣的には飲まない	<input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む
この1か月の間、入浴の際、湯舟につかっていますか。	
<input type="checkbox"/> 毎日につからない	<input type="checkbox"/> 毎日つかるが10-20分程度 <input type="checkbox"/> 毎日30分以上はつかる
サウナを日常的に利用していますか？	
<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 月に1回以下 <input type="checkbox"/> 月に2-3回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 週に2-3回以上
1日の睡眠時間はどれくらいですか。	
<input type="checkbox"/> 4時間以下	<input type="checkbox"/> 4-6時間 <input type="checkbox"/> 6-8時間 <input type="checkbox"/> 8時間以上
食事について該当するものにチェックしてください	
<input type="checkbox"/> 食事は不規則だ	<input type="checkbox"/> 間食は多い方だ
<input type="checkbox"/> 炭水化物はほとんど食べない	<input type="checkbox"/> 睡眠前2時間の夕食が多い
<input type="checkbox"/> 栄養にあまり気を使っていない	<input type="checkbox"/> 糖分の摂取が多い

<奥様についてご記入をお願いします>

婦人科で検査を受けたことがありますか？		
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 分からない
検査の結果、何か異常を指摘されていますか？		
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 分からない
異常を指摘されている場合、分かる範囲で疾患名、治療内容を教えてください		
妊娠の経験はありますか？ あれば時期について教えてください		
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	(時期: )
出産の経験はありますか？ あれば時期について教えてください		
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	(時期: )

<受診時のお願い>

精液検査を行うことがあります。受診3日前に射精後、当日まで禁欲をお願いします。