男性問診表

初診　　年　　月　　日（記入しないでください）　　婦人科・泌尿器科

カルテ No.　　（記入しないでください）

秋葉原 ART Clinic

ふりがな

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日　昭・平　　年　　月　　日　（　　歳）

職業・職種(　　)

身長＿＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿＿kg

本日の精液は、禁欲だいたい(　　日)

※以下の質問に該当するものに○をつけて下さい。

性機能についてお尋ねいたします。

・性欲はありますか。　　ある　・　ない

・勃起しますか。　　する　・　しない

・射精しますか。　　する　・　しない

・性行為は大体１ヶ月に＿＿＿＿＿回

・精液検査を受けたことが？　　ある　・　ない

・男性不妊としての治療を受けたことが？　ある　・　ない

・３９度以上の熱が出たことが　　ある　・　ない

・性病にかかったことが　　ある(具体的に　　)・ない

・睾丸を打って腫れたことが　　ある(　　)・ない

・睾丸を降ろす手術をしたことが　　ある(　　)・ない

・そけいヘルニア(脱腸)の手術を受けたことが　ある(　　)・ない

・睾丸のふくろ(陰のう)に水が溜まったことが　ある(　　)・ない

・入院手術を要する病気にかかったことが　ある(　　)・ない

・心臓または肺の病気が　　ある(　　)・ない

・以下の病気にかかったことがあれば○をつけて下さい。

結核　　糖尿病　　おたふくかぜ

・ステロイド(副腎皮質ホルモン)剤または精神科の薬を使ったことが

ある(薬品名　　)・ない

・アレルギー体質または体に合わない薬が　ある(薬品名　　)・ない

・タバコを　吸う(　　本×　　年)　・　吸わない

・お酒を　　飲む(　　合×　　年)　・　飲まない

・食欲は　　ない　・　普通　　・睡眠は　　悪い　・　普通

・便通は　　悪い　・　普通　　・小便の回数は昼間　　回(夜間　　回)