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内服したことが

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/日×　　年）　・　吸わない

・お酒を　　飲む（　　合/日×　　年）　・　飲まない