

【男性初診サマリー】

★こちらのページは全てご記載下さい

予約日			
西暦	年	月	日

当院使用欄
ID :

1. 基本情報

	夫	妻
ふりがな		
名前		
生年月日	S ・ H 年 月 日	S ・ H 年 月 日
年齢	歳	歳
携帯番号		
住所	〒	
	※当院からのご連絡の際クリニック専用封筒の使用： 可 ・ 不可	
職業		

◇ その他質問事項

パートナーの方が当院に受診されたことはありますか	はい	いいえ
※「はい」の方はID番号をご記載下さい		

他のリプロダクションクリニックに受診されたことはありますか	はい	いいえ
※「はい」の方はID番号をご記載下さい		

身長	cm
----	----

体重	kg
----	----

2. 男性問診票

★こちらのページは全てご記載下さい

当院で希望する治療に○印をご記載下さい(選択式)				
検査	タイミング法	人工授精	生殖補助医療(体外受精/顕微授精)	
手術	< TESE ・ 精索静脈瘤 >		セカンドオピニオン	
その他()				
当院に来院されたきっかけは何ですか(選択式)				
医師の紹介()		雑誌	本	テレビ
インターネット		ブログ(インスタグラム	・ アメブロ ・ 医師ブログ)
知人の紹介(※差し支えなければお名前をお願いします :) その他		
ご結婚されていますか	はい	いいえ	再婚	婚約中
※結婚歴をお教え下さい	①	年	月	② 年 月
離婚歴はありますか				はい いいえ
再婚の場合、前妻との間に妊娠したことはありますか				はい いいえ
妊娠を目指したのはいつからですか	年 月			
避妊期間がありますか				はい いいえ
それはいつ頃ですか	年 月 ~ 年 月			
今までに不妊検査を受けたことがありますか				ある ない
精液検査を受けたことがありますか				ある ない
性行為に支障はありますか				ある ない
性欲はありますか				ある ない
射精はしますか				する しない
勃起しますか				する しない
1週間あたりの性行為の回数は何回ですか	回			
男性の不妊治療を受けたことがありますか				ある ない
39℃以上の発熱をしたことがありますか				ある ない
性病にかかったことがありますか				ある ない
その詳細を教えてください				
睾丸を打って腫れたことがありますか				ある ない
睾丸を降ろす手術(停留精巣)をしたことがありますか				ある ない
鼠経ヘルニア(脱腸)の手術をしたことがありますか				ある ない
睾丸の袋(陰のう)に水が溜まったことがありますか				ある ない
次の病気になった場合に○を付けてください	おたふく風邪		結核	糖尿病
タバコを吸いますか	吸う：1日 本		吸わない	
お酒は飲みますか	飲む：週に 回		飲まない	
食欲はありますか				普通 ない
睡眠は良好ですか				普通 悪い
便通は良好ですか				普通 悪い
小便回数は何回ですか	昼：	回	夜：	回

3. 治療歴・妊娠歴・検査結果

ステロイドホルモンまたは精神科の薬を使ったことがありますか	ある	ない
薬剤や食べ物で何か症状が出たことがありますか	ある	ない
※ある場合は名前と症状も下記にご記載下さい		

	タイミング	人工授精	採卵	胚移植	TESE
治療回数【保険】	回	回	回	回	回
治療回数【自費】	回	回	回	回	回

妊娠したことがありますか	ある	ない
--------------	----	----

※ある場合は下記表もご記入下さい

	妊娠	出産	流産
回数	回	回	回

出身地(生まれた所)はどこですか。都道府県名でご記載下さい	
本日の禁欲期間は何日目ですか	日目
万が一輸血が必要になった場合、問題はありますか	実施してよい 実施不可

★こちらまでは必ずすべてご記載下さい

感染症結果(過去1年以内のデータに限る)

☆ 採血データはコピーもご持参下さい

妻				夫			
採血項目	採血日	結果		採血項目	採血日	結果	
RPR定性		+	-	RPR定性		+	-
TPHA定性		+	-	TPHA定性		+	-
HBs抗原抗体		+	-	HBs抗原抗体		+	-
HCV抗体		+	-	HCV抗体		+	-
HIV抗原抗体		+	-	HIV抗原抗体		+	-

	ABO型	Rh型
妻		
夫		

4. 手術・投薬歴

★こちらのページは全てご記載下さい

	予約日	疾患名	使用薬剤(内服、注射、点鼻、貼付、座薬)	病院名
例1	1990	鼠径ヘルニア	鼠径ヘルニア手術	●△病院
例2	2013	前立腺炎	抗生剤(薬剤名●●)服用	▲×クリニック
1				
2				
3				
4				
5				

◇現在使用中の薬剤がございましたら、下記にご記載下さい。

	疾患名	使用薬剤
例1	AGA	フィナステリド0.2mg
例2	男性更年期障害	テストステロン注射 ※ホルモン注射※
1		
2		
3		
4		
5		

★喘息既往の確認(ある場合は上記表内にご記載下さい) *選択式	ある	ない
---------------------------------	----	----