

# 【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	
避妊期間はありますか	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°C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	抗生素(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