

# リプロダクションセンター問診票（男性）

初診 年 月 日

★この問診票は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません★

(ふりがな: )

受診券番号: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: 西暦 年 月 日 ( ) 歳 職業: \_\_\_\_\_ 血液型 Rh (+・-)

住所: 〒 \_\_\_\_\_

携帯電話番号: \_\_\_\_\_ 自宅電話番号: \_\_\_\_\_

\*当センターからご連絡することがあります。

## 妻・パートナーの連絡先

(ふりがな: )

受診券番号: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: 西暦 年 月 日 ( ) 歳 職業: \_\_\_\_\_ 血液型 Rh (+・-)

住所: 〒 \_\_\_\_\_

携帯電話番号: \_\_\_\_\_ 自宅電話番号: \_\_\_\_\_

\*当センターからご連絡することがあります。

以下の項目で該当する方に○、空欄には直接ご記入ください。

### I 結婚、妊娠、その他について

- ご結婚はいつですか? 西暦 年 月 (何歳の時 )  
\*事実婚はお二人が決めた日
- 妊娠しない期間(避妊期間を除く)はどのくらいですか? 年 カ月
- 性欲はありますか? (ある ・ ない)
- 勃起はしますか? (する ・ しない)
- 射精はしますか? (する ・ しない)
- 性行為は月に何回くらいありますか? ( 回)
- マスターベーションは月に何回くらいしますか? ( 回)
- 精液検査を受けたことがありますか? (ある ・ ない)  
→あると答えた方:(良好・不良)
- 今までに男性不妊として治療を受けたことがありますか? (ある ・ ない)
- 39度以上の熱が出たことがありますか? (ある:具体的に \_\_\_\_\_ ・ ない)
- 性病にかかったことがありますか? (ある:具体的に \_\_\_\_\_ ・ ない)
- 睾丸を打って腫れたことがありますか? (ある: \_\_\_\_\_ 歳 ・ 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: \_\_\_\_\_ 歳 ・ ない)
- そけいヘルニア(脱腸)の手術を受けたことがありますか? (ある: \_\_\_\_\_ 歳 ・ ない)
- 睾丸のふくろ(陰のう)に水が溜まったことがありますか? (ある: \_\_\_\_\_ 歳 ・ ない)
- おたふくかぜにかかったことがありますか? (ある: \_\_\_\_\_ 歳 ・ ない)
- その他にこれまでかかった病気はありますか? (ある ・ ない)  
→あると答えた方は病気名をお答えください ( )

- その他にこれまで手術をしたことがありますか？ (ある・ない)  
→あると答えた方は何歳の時にどのような手術をしたかお答えください  
( 歳 )( )
- 現在使用中の薬はありますか？ (ある・ない)  
あると答えた方はお薬名をお答えください ( )
- アレルギーはありますか？ (ある・ない)  
あると答えた方はアレルギーの詳細をお答えください( )

## II 生活習慣について

- 喫煙の習慣はありますか？ (はい・いいえ)  
はいと答えた方：( )歳から1日( 本)  
いいえと答えた方  
• 過去に吸っていましたか？ (はい・いいえ)  
はいと答えた方：( )歳から( )歳まで1日( 本)
- 飲酒の習慣はありますか？ (はい・いいえ)  
はいと答えた方：週( 日)/飲酒の量( )

## III 奥様が当院に通院されていない方はお答えください。

- 妊娠したことはありますか？ (はい・いいえ)  
→はいと答えた方：( 回) ( 年 月)・( 年 月)・( 年 月)
- 出産をしたことはありますか？  
→はいと答えた方：( 回) ( 年 月)・( 年 月)・( 年 月)
- 不妊治療を受けていますか？ (はい・いいえ)  
→はいと答えた方：病院名( ) 通院期間( )
- 人工授精(AIH)を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)  
→はいと答えた方：( 回)
- 体外受精(IVF)を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)  
→はいと答えた方：( 回)
- 顕微授精(ICSI)を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)  
→はいと答えた方：( 回)

## IV 身長・体重・血圧について

身長：\_\_\_\_\_ cm 体重：\_\_\_\_\_ kg 血圧：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

\*測定器はエレベーター向かって左側にあります。測定してご記入ください。

## V マイナ保険証の利用について

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療を提供に努めています。正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

\*医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1：4点、加算2：2点(マイナ保険証を利用した場合)

- 上記、理解しましたか？ (はい・いいえ)
- マイナ保険証(マイナンバーカード)での受診の方にお聞きします。マイナ保険証(マイナンバーカード)による診療情報取得に同意されましたか？ (はい・いいえ)

### 最後にアンケートにご協力をお願いします

当リプロダクションセンターに受診された経緯をおきかせください

- 他院からの紹介
- パートナーがかかっているから
- 家族・友人からの紹介
- 治療施設を自分でさがして

⇒ 当リプロダクションセンターを何でお知りになりましたか。(複数回答可)

ホームページ

メディア(新聞・雑誌・TV)