

リプロダクションセンター問診票（男性）

初診 年 月 日

★この問診表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。

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 本日の来院について

- 本日はどのような症状で来院しましたか？
()
- その症状はいつからですか？
()

II 既往歴などについて

- 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)
- 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 ()

III 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)

いいえと答えの方

・過去に吸っていましたか？ (はい ・ いいえ)

はいと答えの方：() 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)

はいと答えの方：週 () 日 / 飲酒の量 ()

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

- a. 他院からの紹介
- b. パートナーがかかっているから
- c. 家族・友人からの紹介
- d. 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）

チラシ・リーフレット その他 ()

e. その他 ()

ご協力ありがとうございました