

問診票 (泌尿器科)

医療法人 昴会 岡本クリニック

| | | |
|----------------------|-----------------------------|-----|
| フリガナ 氏名 | 生年月日 <西暦・昭和・平成> 年 月 日生 才 | 職業 |
| フリガナ 奥様の氏名 | 生年月日 <西暦・昭和・平成> 年 月 日生 才 | 職業 |
| 住所 〒 | (マンション名:) | 紹介者 |
| 電話番号 | | |
| □未婚・□既婚→(ご結婚日 年 月 日) | 避妊期間 ある ない 妊娠希望期間 | 年 月 |

- 1)常備薬が(ある場合はその名前:)
- 心臓または肺の病気が ある ない
 - 睾丸の袋(陰嚢)に水が溜まった事が ある ない
 - 睾丸を打撲し腫れた事が ある ない
 - 睾丸を降ろす手術を受けた事が ある ない
 - 尿道炎・前立腺炎・副睾丸炎に罹った事が ある ない
 - そけいヘルニア(脱腸)の手術を受けた事が ある ない
 - その他入院手術を要する病気に罹った事が ある ない

(病名: 施設名:)

以下の病気に罹った事があればチェックして下さい。

- おたふく風邪(歳) 結核 肝炎 胃・十二指腸潰瘍 高血圧 糖尿病
- アレルギー体質または体に合わない薬が ある ない
- ステロイド剤(副腎皮質ホルモン)を使用した事が ある ない

2)日常生活についておたずねします。

- 喫煙を する(本/日× 年) しない ●食欲は 普通 不良
- 飲酒を する(/日× 年) しない ●睡眠は 普通 不良
- 小便の回数:昼間____回(夜____回) ●身長:____cm 体重:____kg

3)性功能についておたずねします。

- 勃起しますか する しない
- 射精しますか する しない
- 精液検査を受けた事が ある(施設名:) ない
- 男性不妊として治療を受けた事が ある(施設名:) ない
- 性交渉回数はだいたい月に____回

4)当院に来院されたきっかけは何ですか? ホームページ・知人・他院・その他()

↳メール相談歴 あり(年 月頃相談)・なし

5)奥様・パートナーについてご記入願います。

- 産婦人科に通院をして いる《施設名: (年 月~)》 いない
- 不妊検査 ある ない
- 《 異常なし 異常あり(具体的に) 》
- 妊娠をした事が ある ない
- 流産をした事が ある ない
- 人工授精を受けた事が ある(回) (施設名:) ない
- 体外受精を受けた事が ある(回) (施設名:) ない