

問診票

医) 昴会 岡本クリニック

フリガナ 氏名	生年月日 <大正・昭和・平成> 年 月 日生 才	職業
フリガナ 奥様の氏名	生年月日 <大正・昭和・平成> 年 月 日生 才	職業
住所 〒	(マンション名:)	紹介者
☑自宅	☑携帯	
☐未婚・☐既婚→(ご結婚日 S・H 年 月 日)		避妊期間 年 月

ご主人にご記入願います。

- 常備薬が(ある場合はその名前:) ある ない
- 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

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(本/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

性機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

当院に来院されたきっかけは何ですか? インターネット・知人・他院・その他()
 ↳メール相談歴 あり(年 月頃相談)・なし

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 済 未検
 《 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