

「妊娠を希望しているけどもなかなか上手くいかない」という方へ
 今後のお二人の妊活を我々が十分にサポートするために、書ける範囲で以下の質問にお答えください。
 なお、記入いただいた個情報は治療相談に利用し、プライバシーは厳重に保護いたします。

こちらの問診票は男性(夫)にお答え願います。ご不明の点や記入しづらい、説明しづらい項目に関しては
 相談時にお申し出ください。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 本人(ご主人)： _____ 年齢 _____ 歳 職業 (_____)
パートナー(妻)： _____ 年齢 _____ 歳 職業 (_____)

ご本人についてお伺いします

1. 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg) (受診時)
2. 学歴：(大学院卒・四大卒・短大卒・専門学校卒・高卒・中卒)
3. 出身地 (_____ 県 _____ 市)
 居住地の転居等(その時の年齢)(なし・あり _____ 歳)
4. あなたが生まれた時の 父の年齢は (_____ 歳)、母の年齢は (_____ 歳)
 ご両親が不妊治療を行っていた可能性は？ (ない ・ ある ・ わからない)
5. 兄弟姉妹について
 死産した兄弟は： ない ・ ある (_____ 人) ・ わからない
 結婚して子供のいない兄弟は： ない ・ ある (_____ 人) ・ わからない
6. 家族に遺伝的な病気はありますか？： (ない ・ ある) (病名： _____)
 血族結婚は： (ない ・ ある)
7. いままでかかったことのある病気、治療に○をつけ、その時の年齢を記入してください。
 停留精巣(精巣が陰嚢に降りてこない状態)の手術(なし・左・右・両方 _____ 歳)
 陰嚢水腫(陰嚢に体液が貯まって腫れる病気)の手術(なし・左・右・両方 _____ 歳)
 鼠径ヘルニア(足の付け根付近の脱腸)の手術(なし・左・右・両方 _____ 歳)
 精索静脈瘤(陰嚢の静脈に血液がうっ滞する病気)の手術(なし・左・右・両方 _____ 歳)
 精巣の外傷(なし・左・右・両方 _____ 歳)
 梅毒(なし・あり _____ 歳)、淋病(なし・あり _____ 歳)、
 クラミジア尿道炎(なし・あり _____ 歳)、結核(なし・あり _____ 歳)、
 糖尿病(なし・あり _____ 歳～、現在の治療内容： _____)、
 蓄膿症(なし・あり _____ 歳)、気管支拡張症(なし・あり _____ 歳)、
 慢性気管支炎(なし・あり _____ 歳)、
 おたふくかぜ(_____ 歳、そのとき精巣が：はれた ・ はれない)、
 抗癌剤治療(_____ 歳)(病名 _____)、
 放射線治療(_____ 歳)(病名 _____)、
 AGA(男性型脱毛症)の治療で薬を内服中(なし・あり _____ 歳～：薬品名 _____)
 ED(勃起不全)のためED治療薬を内服中(なし・あり _____ 歳～：薬品名 _____)
 その他、いままでに病気や手術をしたことがあれば、病名、手術名、そのときの年齢などを記入
 してください。(_____)
8. 服用しているサプリメントはありますか？：
 (なし・あり：薬品名： _____)

9. 最近3ヶ月の健康状態について当てはまるものに○をしてください。

全く健康であった

病気をした（病名： _____ ）

高熱や体調不良が（あった・なかった）

10. 仕事などで以下の物質や環境に接することがありましたか。あれば○をしてください。

鉛・亜鉛・ヒ素・一酸化炭素・カドミウム・高温環境・低温環境・放射能
・酸素不足の状態（ご職業： _____ ）

11. アレルギー、喫煙、飲酒について：

- 薬物アレルギー：（なし・あり：薬品名： _____ ）
- 食物アレルギー：（なし・あり：具体的に： _____ ）
- タバコ：ご本人：（吸わない・以前 _____ 歳まで吸っていた・現在吸っている）（ _____ 本/日）
パートナー：（吸わない・現在吸っている）（ _____ 本/日）
- 飲酒：ご本人：（しない・時々する・ほぼ毎日する）（ _____ を _____ /日）
パートナー：（しない・時々する・ほぼ毎日する）

12. 婚姻状況について：

- ① 既婚（現在の婚姻： _____ 年 _____ 月、 _____ 歳で結婚）
- ② 内縁/事実婚（ _____ 年頃～同居：なし・あり 住民票の住所：同一・別）
- ③ 未婚（結婚予定：未定・あり： _____ 年 _____ 月頃）
- ④ 離婚歴がある場合（前の婚姻： _____ 歳～ _____ 歳、子供あり・なし）

13. 妊活を開始したのはいつ頃からですか？：（ _____ ）年（ _____ ）月～

不妊期間（1年未満・1～2年未満・2年以上）

14. 性交渉（セックス）について：

- 性欲はありますか？：（つよい・ふつう・よわい）
- 性交渉に伴う問題点がありますか？：（なし・あり）
ありの場合：（性交痛・勃起不全・射精困難・日程調整困難・その他）
- 性交渉の頻度は？： _____ 月（ _____ ）回、週（ _____ ）回

15. 精液検査を受けた事がありますか？：（ない・ある）

ある場合、その結果は？：（問題ない・精子が少ない・精子がない）

16. ひげは？（濃い方だ・ふつう・薄い方）、毎日剃りますか？（毎日剃る・週 _____ 回剃る）

17. あなたの一番相談しやすい人は誰ですか？：（ _____ ）

18. あなたの不妊治療に対する希望、思いなど、または、不安に思う事があれば書いてください。

[_____]

19. 当院からご自宅に連絡をする際に、クリニック名を告げても（良い・悪い）

質問は以上です。お疲れ様でした。