

クリニック記入欄

ID

予 診 表(男性用)202310

記入日 2022 年 00 月 00 日

※この予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 ※年数は西暦でご記入下さい

	ご本人	妻・パートナー
ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
婚姻状況	<input type="checkbox"/> 既婚(年 月入籍) <input type="checkbox"/> 未入籍(□入籍予定 年 月、□入籍予定なし) <small>※戸籍抄本 などの証明書類が必要です。治療をすぐに始められない場合があります。</small>	
結婚年齢	歳 <input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚 実子 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳)	歳 <input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚
身体情報	身長 cm	体重 kg 血液型 型 (Rh+ Rh-)

■妊活生活について

- ・避妊期間 ない ある(年 月 ~ 年 月頃まで)
- ・不妊期間 ※妊娠を望んで避妊をしていない期間 年 月
- ・性欲はありますか ある ない
- ・勃起しますか する しない
- ・マスターベーションで射精しますか する しない
- ・過去にパートナーが妊娠されたことがありますか ない ある(□妻 □妻以外)
- ・奥様が流産や死産をされたことがありますか ない ある(□流産 □死産)
- ・夫婦(カップル)間の性行為に問題がありますか
ない ある { 性交痛 性交回数 勃起不全 射精障害
精神的・生理的 Sex less その他 }

詳細

ED治療薬使用

■職 業 職種・業種・役職など()

- ・職業上で以下の物質や環境に接することがありますか
該当なし { 鉛 亜鉛 ヒ素 重金属 マンガン 一酸化炭素
カドミウム 農薬 高温環境 低温環境 放射能 酸素不足状態
夜勤あり 単身赴任 在宅勤務 立ちっぱなし 座りっぱなし }

■喫煙はされますか いいえ はい 1 日 本 喫煙歴 約 年間

■お酒を飲まれますか いいえ はい 1 日 本 飲酒歴 約 年間

■精液検査について ※検査結果をお持ちでしたらご持参ください

・今までに精液検査をされたことがありますか

ない ある

.....年.....月頃 受診施設
年.....月頃 受診施設

・検査結果に問題はありましたか

なし あり

精子が少ない 精子の動きが悪い 奇形精子が多い
精液量が少ない 精子がない
その他.....

・治療はされましたか

いいえ はい

人工授精 体外受精 顕微授精 漢方薬
その他.....

■今までの病気についてお聞きます ※検査結果をお持ちでしたらご持参ください

- ▶結核 ない ある (歳)
- ▶糖尿病 ない ある (歳)
- ▶クラミジア ない ある (歳)
- ▶梅毒 ない ある (歳)
- ▶おたふく風邪 ない ある (歳)
- ▶睾丸の打撲、外傷 ない ある (歳) 右 左 両方
- ▶鼠径ヘルニア(脱腸)の手術 ない ある (歳) 右 左 両方
- ▶陰囊に水がたまる病気 ない ある (歳)
- ▶睾丸のはれる病気 ない ある (歳)
- ▶睾丸を降ろす手術 ない ある (歳)
- ▶放射線治療 ない ある (歳) 病名:.....
- ▶抗がん剤治療 ない ある (歳) 病名:.....

▶他に今までにされた病気、手術があればご記入下さい

■お薬の使用歴について ※おくすり手帳をお持ちでしたらご持参ください

・ステロイド剤

ない ある

.....歳 病名..... 薬品名.....
歳 病名..... 薬品名.....

・精神科の薬

ない ある

.....歳 病名.....
 薬品名.....

・現在内服中の薬がありましたらご記入下さい

ない ある

.....歳から 病名..... 薬品名.....
歳から 病名..... 薬品名.....

■ご主人に連絡が取れる電話番号をご記入下さい

昼間: 夜間:

※直接連絡が必要な時にかけて頂き、ご本人の確認が取れた時点でクリニック名をお伝え致します

■今回の受診について

1. 今回受診されることはどのように決められましたか

自分で決めた 二人で決めた その他.....

2. 受診をされる動機となった出来事がありますか

ない ある [.....]
わからない

3. 受診するにあたってどの様なご希望をお持ちですか (複数回答可)

<input type="checkbox"/> 相談をしたい	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン(現在他院通院中であり、主治医以外の医師の意見を聞きたい) <input type="checkbox"/> 不育症(3回以上の流産をくり返している) <input type="checkbox"/> 検査・治療について <input type="checkbox"/> 費用・助成金 <input type="checkbox"/> 支援制度 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他
相談内容を詳しくお書きください	
<input type="checkbox"/> 検査を受けたい	<input type="checkbox"/> 自分のみ <input type="checkbox"/> パートナーのみ <input type="checkbox"/> 二人で必要な検査を受けたい
<input type="checkbox"/> 治療を受けたい	<input type="checkbox"/> 自然排卵でのタイミング指導を受けたい <input type="checkbox"/> 積極的に必要な治療を受けたい
希望する治療	<input type="checkbox"/> 排卵誘発剤 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植
治療計画をお持ちでしたらお書きください	

4. 検査・治療に関して事前に知識がありますか

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ➡ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 基礎体温 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 性交後検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> ステップアップ方式 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤(内服) <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤(注射) <input type="checkbox"/> 人工授精(配偶者間) <input type="checkbox"/> 人工授精(非配偶者間) <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 不妊ストレス <input type="checkbox"/> その他.....
---	--

5. 「里親・特別養子縁組」については どの程度お考えですか？

希望あり 話を聞いてみたい 希望しない わからない その他.....

6. 今後について不安や心配なこと、ご質問、ご要望などおありでしたら、自由にご記入下さい

[.....]