

# 予 診 表 ( 男性用 )

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

ID : .....

ふりがな

記入日 : ..... 年 ..... 月 ..... 日

氏 名 .....

生年月日 ..... 年 ..... 月 ..... 日 ( ..... 歳 )

身長 ..... cm 体重 ..... kg

血液型 ..... 型 Rh ( + ..... )

奥様氏名 .....

生年月日 ..... 年 ..... 月 ..... 日 ( ..... 歳 )

結婚年齢 : 夫 ..... 歳 初婚 ..... 再婚 ( 実子 : 無 ..... 有 ..... 歳 ..... 歳 )

妻 ..... 歳 初婚 ..... 再婚 ..... 結 婚 : ..... 年 ..... 月

避妊期間 ..... ない ..... ある 避妊期間 : ..... 年 ..... 月 ~ ..... 年 ..... 月位迄

不妊期間 ..... 妊娠を望んでからどのくらい経ちますか ..... 年 ..... カ月

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

夫婦間のセックスに問題がありますか ..... ない ..... ある ( “ ある ” の方は具体的にご記入下さい )

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 )

今までに精液検査をされたことがありますか ..... ない ..... ある

“ ある ” の方はご記入下さい

・検査を受けられたのはいつ頃ですか ..... 年 ..... 月頃

・検査結果に問題はありましたか ..... なし ..... あり ( “ あり ” の方は以下から選んで下さい )

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

精子が少なく、動きが悪い ..... 精子が少なく、動きが悪く、奇形精子が多い

精子がない

・治療はされましたか ..... いいえ ..... はい ( “ はい ” の方は治療内容をご記入下さい )

今までの病気についてお聞きします

・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 : .....



4. 治療計画があれば具体的に記入下さい

5. 検査・治療に関して事前に知識がありますか           ある           ない           わからない

“ある”の方はどのような知識をお持ちですか 以下から選んでください(複数回答可)

基礎体温           精液検査           子宮頸管粘液検査           性交後検査           子宮卵管造影検査  
経膈超音波検査           タイミング療法           ステップアップ方式           排卵誘発剤(内服)  
排卵誘発剤(注射)           人工授精(配偶者間)           人工授精(非配偶者間)           体外受精  
顕微授精           不妊ストレス           その他(具体的に記入下さい)

-----

6. 検査・治療に対してどのようなイメージをお持ちですか 以下から選んで下さい(複数回答可)

希望   怖い   心配   辛い   苦しい   めんどろだ   夢がある  
なんとなく   はずかしい   罪悪感がある   誇らしい   平気   自信がある  
しかたない   つじつまが合わない   痛い   なんとも思わない   無理やり  
本当は受けたくない   当然だ   楽しみ   お金がかかる   計画通りだ  
良い経験だ   人に勧められたから   選択肢の一つ   自己決定の結果  
二人で選んだ道   人生の通過点   最終手段   選択の余地がない

7. 今あなたのまわりに頼りにしている相談者・理解者、治療に協力してくれる人がいますか

いる           いない           わからない

“いる”の方は以下から選んで下さい

妻   実父   実母   義父   義母   兄弟   義兄弟   友人   職場の同僚  
その他.....

8. 通院していることを知られたくない人がいますか

いる           いない           わからない

“いる”の方は以下から選んで下さい

妻   家族   友人   職場   知人   他人   その他.....

9. 治療するにあたり、以下に対する期待度を5段階(1=弱 ~ 5=強)で記入下さい

医師( )   看護師( )   培養士( )   受付( )   心理士( )   パートナー( )  
その他の家族( )   職場( )   治療費( )   自分自身( )   治療内容( )

10. 治療するにあたり、以下に対する不安度を5段階(1=弱 ~ 5=強)でお答え下さい

医師( )   看護師( )   培養士( )   受付( )   心理士( )   パートナー( )  
その他の家族( )   職場( )   治療費( )   自分自身( )   治療内容( )

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