

予 診 表 (男性用)

201809

※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 : ※年数は西暦でご記入下さい

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 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

・検査結果に問題がありましたか 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

・陰嚢に水がたまる病気 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

・下記の薬を使用されたことがありますか

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

..... 歳から 病名 薬品名
..... 歳から 病名 薬品名

■ 日常生活についてお聞きします

・ 職業：

・ 職業上で以下の物質や環境に接することがありますか いいえ はい

“はい”の方は下記から選んで下さい

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

・喫煙はされますか いいえ はい： 1日 約 本 喫煙歴 約 年間

・お酒を飲まれますか いいえ はい： 1日 約 合 本 飲酒歴 約 年間

■ 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させて頂き、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

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 夫婦できめた 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 ある ない わからない

“ある”の方はどんな出来事でしたか

.....

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）

検査や治療についての相談のみ希望

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場合）

自分の検査のみ受けたい

妻の検査のみ受けたい

夫婦で必要な検査を受けたい

自然排卵でのタイミング指導を受けたい

不育症（3回以上の流産をくり返している）の相談希望

積極的に必要な治療を受けたい⇒どのような治療をお考えですか

排卵誘発剤

人工授精

体外受精

顕微授精

その他

4.治療計画があれば具体的にご記入下さい

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
経腔超音波検査 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（具体的にご記入下さい）
-

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 めんどうだ 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、治療に協力を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 姉妹 義兄弟 義姉妹 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 実父 実母 義父 義母 兄弟 姉妹 義兄弟 義姉妹 友人
職場の同僚 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）でご記入下さい

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自由にご記入下さい