# 男性不妊問診票

年　　月　　日

| | | |
|---|---|---|
| フリガナ | | |
| 氏名(夫) | 生年月日　　年　　月　　日 | |
| 携帯電話 | 身長　　cm | 体重　　kg |
| フリガナ | | |
| 氏名(妻) | 生年月日　　年　　月　　日 | |

※すべての個人情報は厳重に守ります。

- 職業（具体的に）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 喫煙　　□なし　　□あり（　　本/日）
- 飲酒　　□なし　　□あり（1日量　　種類　　）
- アレルギー　　□なし　　□あり（　　）
- 過去または現在治療中の病気がありますか？（糖尿病、高血圧、高脂血症、潰瘍性大腸炎等）
  □なし　　□あり　＿＿＿歳　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 現在飲み続けている薬はありますか？
  □なし　　□あり　薬品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 手術を受けたことがありますか？
  □なし　　□あり　①鼠径ヘルニア（　　歳）左・右　②陰嚢水腫（　　歳）左・右
  ③停留精巣（睾丸）（　　歳）左・右　④パイプカット（　　歳）
  ⑤その他（　　歳）（　　）
- 精巣（睾丸）を打撲または怪我をしたことがありますか？
  □なし　　□あり　＿＿＿歳　左・右　原因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 精巣（睾丸）が腫れたことがありますか？
  □なし　　□あり　＿＿＿歳　左・右　原因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- STD（性行為感染症）に罹ったことがありますか？
  □なし　　□あり　①淋病（　　歳）②クラミジア（　　歳）③ヘルペス（　　歳）
  ④尖圭コンジローマ（　　歳）⑤梅毒（　　歳）
  治療は受けましたか？　□受けた　□受けていない
- 放射線治療を受けたことがありますか？
  □なし　　□あり　＿＿＿歳　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 抗がん剤治療を受けたことがありますか？
  □なし　　□あり　＿＿＿歳　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 精神科や心療内科に通院したことがありますか？
  □なし　　□あり　＿＿＿歳・現在　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
  内服薬：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 育毛剤の内服薬（プロペシア等）を服用したことがありますか？
  □なし　　□あり　＿＿＿歳・現在

- 仕事で取り扱ったことがありますか？

  □なし　　□あり　①農薬（殺虫剤・除草剤）　②放射線

  ③化学物質（亜鉛・鉛・ヒ素・一酸化炭素・カドミウム　等）

- 高熱の環境でも長時間働いたことがありますか？

  □なし　　□あり　（期間　　）

- 今までに精液検査を受けたことがありますか？

  □なし　　□あり　（最終検査日　　年　　月頃）

  精液量　（　正常範囲内　・　少ない　・　かなり少ない　）

  精子濃度　（　正常範囲内　・　少ない　・　かなり少ない　）

  精子運動率（　正常範囲内　・　低い　・　かなり低い　）

  正常形態率（　正常範囲内　・　低い　・　かなり低い　）

- 勃起・射精について

  ①勃起は正常で性交可能

  ②勃起はするが射精できない

  ③膣内では射精できないがマスターベーションなら可能

  ④どのような刺激をしても全く反応しない

- ご夫婦の性交回数は月に何回くらいですか？　（　　回／月）

- 現時点での不妊治療はどの段階までをお考えですか？

  □タイミングのみ　　□人工授精（AIH）まで

  □体外受精・顕微授精　　□医師と相談の上決めていきたい

  □その他（　　）

- その他

| |
|---|
| |

**今後、精液検査・血液検査及びその他全ての結果を奥様に伝えることに対して**

**（　同意する・　同意しない　）**

※必ずどちらかに〇をつけてください

成田産婦人科

2022 年 7 月改定