

当院使用欄 記入しないでください	初診日 20 年 月 日	本人ID 妻ID
---------------------	-----------------	-------------

外来問診カード（男性）

フリガナ		フリガナ		
氏名		妻氏名		
生年月日	昭・平 年 月 日 才	昭・平 年 月 日 才		
住所	検査結果等を緊急連絡する必要がある場合にご使用いたしますので、必ずご記入下さい。			
自宅電話				(- -)
携帯電話				(- -)
携帯・スマートフォンメールアドレス				(@)
職業				

1. 身長 () cm 体重 () kg
2. ご本人の結婚時の年齢 () 才 (初婚・再婚・妻が再婚)
3. 風疹の抗体検査を受けたことがありますか？ (1. ある) (2. ない)
4. おたふくかぜにかかったことがありますか？ (1. ある : 才 その時、睾丸が 腫れた・腫れなかった) (2. ない)
5. 小さい頃を含めて何か手術を受けたことがありますか？ (1. ある : 才 手術名 :) (2. ない)
6. 感染症にかかったことがありますか？ (1. ある : 才) (2. ない) *ある方は詳細に記入してください。
 具体的に： HIV・梅毒・B型肝炎・C型肝炎・クラミジア・その他：
7. 糖尿病など現在治療している病気はありますか？ (1. ある : 病名) (2. ない)
8. 現在、飲み続けている薬はありますか？ (1. ある : 病名 薬剤名 :) (2. ない)
9. 薬や注射によるアレルギーはありますか？ (1. ある : 薬品名) (2. ない)
10. タバコは吸いますか？ (1. 吸う : 本/日) (2. 吸わない)
11. 性欲 (性交したい、女性に触れたいという欲望) はありますか？
 1. 正常にある 2. やや減退している 3. ほとんどない 4. 全くない
12. 勃起・性行為時の勃起の状態はいかがですか？
 1. 勃起は正常で、性交可能である。 持続力も良い。
 2. 勃起はするが、膣内に挿入するとすぐに萎縮してしまう。
 3. 勃起力が弱く、膣内への挿入は不可能である。
 4. どのような刺激をしても全く勃起しない。
13. 射精の状態はいかがですか？
 1. 射精はできる。(精液量は正常)
 2. 射精はできる。(精液量は少ない)
 3. 射精がない。(絶頂感はある)
 4. 射精がない。(絶頂感もない)
14. ご夫婦の性交回数は、月に何回くらいですか？ (回/月)
15. 今までに精液検査を受けたことがありますか？ (1. ある) (2. ない) *ある方は詳細に記入してください。
 ・精子の数が少ない <具体的な数 : 万/mL> ・精子がない
 ・精子の運動率が悪い < %> ・奇形精子が多い ・その他：
16. 奥様は、他の病医院で不妊治療を受けていらっしゃいますか？ 1. 受けている 2. 受けていた 3. 受けたことがない

具体的な治療内容：