

# 男性用問診票

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 年齢( )歳 身長( )cm 体重( )kg

結婚年月日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 離婚歴 無・有 ( ~ 歳、子(無・有))

## 1. 現在の健康状態についてお答え下さい。

- 健康
- 健康診断等で、指摘を受けたことがある  
( )
- 現在、治療している病気がありますか？  
(病名; )
- 現在服用している薬はありますか？  
有 ( )・無
- 今までに病気に罹ったことがありますか？

精巣疾患・甲状腺疾患・放射線療法・鼠径ヘルニア  
おたふく・外陰部の外傷などを含む

有 ( 歳 病名; )・無

- 今までに入院や手術をしたことがありますか？

入院 \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_

手術 \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_

麻酔の種類 (全身麻酔・局所麻酔)

→麻酔によるトラブルはありましたか？

有 ( )・無

- 輸血をしたことがありますか？ (有・無)

## 2. アレルギー・体質についてお答え下さい。

- 喘息はありますか？ 有 ( )・無
- 食物アレルギー 有 ( )・無
- 薬物アレルギー 有 ( )・無
- その他アレルギー (例;花粉症、アトピー)  
有 ( )・無

## 3. 現在の職業をご記入下さい。

( )

- 仕事では主にどのようなことをされていますか？詳しくご記入下さい。

( )

- 勤続年数 ( ) 年
- 仕事で特に忙しい時期 (仕事で徹夜になる時期等)はありますか？

①はい ②いいえ

- 仕事で有機溶媒を使用しますか？

①はい (種類: ) ②いいえ

- 以前に他の仕事をされていましたか？

①はい ( ) ②いいえ

## 4. ご家族の健康についてお答え下さい。

例) 糖尿病・高血圧・癌・アレルギー・遺伝的疾患など

父;健康・( )

母;健康・( )

兄弟;健康・( )

姉妹;健康・( )

## 5. 生活習慣についてお答え下さい。

- 喫煙をしますか？ 有 ( 本/日)・無  
喫煙歴 ( ~ 歳まで、 本/日)

- 飲酒をしますか？ 有 (毎日・時々)・無

- サウナや熱めのお風呂によく入りますか？

①はい ②いいえ

- 趣味をお答え下さい。

( )

- 習慣として行っていることがありますか？

有 ( )・無

- 1日に車やバイクにどのくらい乗っていますか？

車 ( ) 時間 バイク ( ) 時間

## 6. ストレスを感じていると思いますか？

①はい ②いいえ

※はい、とお答えの方は何にストレスを感じていますか？(複数可)

\* 肉体的 \* 精神的

① 疲労感 ① 家庭について

② 倦怠感 ② 職場について

③ その他 ③ その他

( ) ( )

## 7. 不妊治療をどのようにお考えですか？

精液検査を受けてみたい。

## 8. 何か気になることやご質問があればご記入ください。

奥様

氏名 \_\_\_\_\_