

男性・妊活スタートブック問診表

カルテ No () 氏名 () 20 年 月 日

・結婚歴について

結婚している (年目) / 未婚 (入籍予定日 : 20 年 月 日)

・本日の体調はいかがですか。 良い ・ 悪い (症状 :)

・注射や薬でアレルギーを起こしたことがありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、副作用はありましたか。 はい (薬名 :) ・ いいえ

・たばこを吸いますか。 はい (1 日 本) ・ いいえ

・増毛剤は使用していますか。 はい (名称 :) ・ いいえ

・酒は飲みますか。 はい (頻度 : 量 :) ・ いいえ

・男性不妊の検査、治療をされたことはありますか。

はい (治療内容 :) ・ いいえ

・以下の質問に、○か×でお答えください。

- ・成人になっておたふくかぜにかかったことがありますか ()
- ・性感染症 (尿道炎、精巣上体炎) にかかったことがありますか ()
- ・陰嚢を強くぶつけたことはありますか ()
- ・放射線療法や抗がん剤治療を受けたことがありますか ()
- ・鼠径ヘルニアの手術歴はありますか ()

・過去もしくは現在、何かご病気をお持ちですか。 はい () ・ いいえ

・現在服用している薬、サプリメントはありますか。 はい () ・ いいえ

・ご希望の検査項目に○をおつけください。

精液検査 / ホルモン検査 / 感染症検査 / ムンプスウィルス抗体検査
風疹抗体検査 / 麻疹抗体検査

・陣内ウィメンズクリニック妊活ブックの受診のきっかけを教えてください。

()

・当院は何でお知りになりましたか。

ネット / 友人・知人の紹介 / ジネコ / 雑誌 / 他院の紹介 / その他 ()