

**不妊外来予診用紙 (初診用)**

(診療に役立てますので、お手数ですがご記入をお願いします。)

( 年 月 日記入)

ご主人： \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日生 ( 歳)

職業：

身長 cm 体重 kg

奥様： \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日生 ( 歳)

結婚されたのは西暦 年 月 (避妊した・避妊せず) 不妊期間 年 ヶ月

お子さんが [いる・いない]

●ご主人についてご記入願います●

常用薬が(ある場合はその名前) [ある・ない] ( )

サプリメント、漢方の使用が(ある場合はその名前) [ある・ない] ( )

精巣の袋(陰嚢)に水が溜まったことが [ある・ない] (あるの場合 歳)

精巣を打撲し腫れたことが [ある・ない] (あるの場合 歳)

精巣を降ろす手術を受けたことが [ある・ない] (あるの場合 歳)

尿道炎(クラミジア・淋菌)になったことが [ある・ない] (あるの場合 歳)

前立腺炎、精巣上体炎になったことが [ある・ない] (あるの場合 歳)

そけいヘルニア(脱腸)の手術を受けたことが [ある・ない] (あるの場合 歳)

慢性副鼻腔炎・気管支拡張症・慢性気管支炎になったことが [ある・ない] (あるの場合 歳)

悪性腫瘍(癌)や白血病の治療をしたことが [ある・ない] (あるの場合 歳)

(放射線や抗がん剤での治療歴があれば詳細を： )

以下の病気に罹ったことがあればチェックしてください

おたふく風邪 ( 歳) 結核 ( 歳) 肝炎 ( 歳)

胃・十二指腸潰瘍 ( 歳) 高血圧 ( 歳) 糖尿病 ( 歳)

クローン病 ( 歳) 潰瘍性大腸炎 ( 歳) 関節リウマチ ( 歳)

その他、入院・手術を要する病気になったことが [ある・ない]

(病名： 時期： 歳 施設名： )

アレルギー体質または体に合わない薬がありますか [ある・ない]

ステロイド剤(副腎皮質ホルモン)を使ったことが [ある・ない]

内服育毛剤(プロペシアなど)を使ったことが [ある・ない]

(あるの場合薬品名と期間： )

日常生活についておたずねします。

タバコを 吸う( 本/日× 年) 吸わない 吸っていた( 本/日を 歳まで)

酒・ビールを 飲む( 合,本/日× 年) 飲まない

裏面にもご協力ください

性機能についておたずねします。

射精しますか する しない マスターベーションでのみ可能  
勃起しますか する しない  
精液検査を受けたことが ある ない（施設名： \_\_\_\_\_）  
男性不妊として治療を受けたことが ある ない（施設名： \_\_\_\_\_）  
夫婦生活の回数はだいたい月に \_\_\_\_\_ 回  
射精の頻度（マスターベーション含めて）はだいたい \_\_\_\_\_ 回/週・月

●奥様についてご記入願います●

産婦人科に（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）から通院（治療内容： \_\_\_\_\_）

排卵障害が ある ない  
卵管通過障害が ある ない  
子宮内膜症（チョコレート嚢胞、子宮腺筋症）が ある ない  
多嚢胞性卵巣が ある ない  
人工授精を受けたことが ある（ \_\_\_\_\_ 回） ない  
体外受精を受けたことが ある（ \_\_\_\_\_ 回） ない  
顕微授精を受けたことが ある（ \_\_\_\_\_ 回） ない  
妊娠したことが ある ない  
流産したことが ある ない  
出産したことが ある ない

●その他質問・要望があればご記入願います●

ご協力ありがとうございました。