

不妊外来問診票(御主人用)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下の質問事項は治療をするために必要な事項です。
この内容に関するプライバシーは尊重されます。分かる範囲でお答えください、

御主人氏名(_____)年齢(_____ 歳) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
奥様氏名 (_____)年齢(_____ 歳) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____ - _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

◎ご主人のご職業は?(具体的に) [_____]

◎今までかかったことのある病気についてお答えください
[_____]

◎今まで手術を受けたことがありますか? [はい・いいえ]

「はい」の場合 : 病名は? [_____]

◎何かアレルギーがありますか? [はい(種類: _____)・いいえ]

◎タバコを吸いますか? [はい(1日 _____ 本、 _____ 歳から)・いいえ]

◎高血圧や糖尿病と診断されたことはありますか? [なし・ある(_____)]

◎今までに心療内科・精神科に通院したことがありますか?... [なし・ある(_____)]

◎性交・勃起・射精はふつうですか? [はい・いいえ]

◎「いいえ」の方:ED治療薬(バイアグラなど)を服用されたことはありますか? [はい・いいえ]

◎ここ半年間の1ヶ月あたりの性生活平均回数は何回くらいですか? [約 _____ 回]

◎精液検査を受けたことはありますか? [なし・ある]

「ある」の場合 : 検査結果は? [がない・精子がない・運動率が悪い・その他]

◎何か夫婦生活(性生活)に支障をきたすような原因はありますか?

◎何か治療面での質問事項があればお書きください

ご記入ありがとうございました。

かとうレディースクリニック