男性問診票

西暦　　年　月　日

フリガナ		生年月日		法律婚 ・ 事実婚
氏名		西暦　　年　月　日　歳		才で結婚 初婚 ・ 再婚
住 所	〒		職業	
電話番号		身長 ：　　cm	体重 ：　　kg	

より適切な診療のため、必要事項のご記入および該当項目へのチェックをお願いします。

受付時にマイナンバーカードを保険証として利用することによる診診療情報取得に同意されましたか？ □はい　□いいえ

1）以下の質問にお答えください。

精液検査歴　□なし　□あり（病院検査・簡易検査）（結果：正常・運動率が悪い・無精子・その他＿＿＿＿＿＿）

排尿回数　（＿＿＿回／日）　残尿感（ なし ・ あり ）　尿の勢い（ 良い ・ 悪い ）

夜中のトイレ回数（＿＿＿回）

勃起しますか？　□する　□しにくい　□全くしない

射精しますか？　□する　□しにくい　□全くしない

その他に気になることがあればご記入ください（　　）

2）生活習慣・既往歴について

たばこ　□吸わない　□吸う（1 日＿＿＿本）

お酒　□飲まない　□時々飲む（＿＿＿ml＿＿＿回/ 週・月）　□毎日飲む（＿＿＿ml）

アレルギー（お薬や食べ物）　□なし　□あり（　　）

内服中のお薬　□抗ヒスタミン剤　□ステロイド　□プロペシア（脱毛治療薬）　□胃薬
□かぜ薬　□マカ　□亜鉛　□ビタミンＣ・Ｅ　□その他（　　）

現在または過去の病歴・手術歴　□鼠径ヘルニア（＿＿＿歳）　□停留精巣（＿＿＿歳）　□睾丸外傷（＿＿＿歳）
□精巣上体炎（＿＿＿歳）　□精巣腫瘍（＿＿＿歳）　□おたふく（＿＿＿歳）
□コロナ（＿＿＿歳）
□その他（　　）（＿＿＿歳）

3）風疹・麻疹について

風疹にかかったことはありますか？　□不明　□いいえ　□はい（＿＿＿歳）

風疹抗体を調べたことはありますか？　□不明　□いいえ　□はい（＿＿＿歳　抗体価＿＿＿倍）

→はいの方：「杉並区助成事業」で調べましたか？　□不明　□いいえ　□はい

風疹ワクチン（混合含む）を2回以上接種しましたか？　□不明　□いいえ　□はい

麻疹にかかったことはありますか？　□不明　□いいえ　□はい（＿＿＿歳）

麻疹抗体を調べたことはありますか？　□不明　□いいえ　□はい（＿＿＿歳　抗体価＿＿＿倍）

→はいの方：「杉並区助成事業」で調べましたか？　□不明　□いいえ　□はい

麻疹ワクチン（混合含む）を2回以上接種しましたか？　□不明　□いいえ　□はい

4）当院をお知りになったきっかけをお聞かせください。

□ネット検索　□インスタグラム　□荻窪病院から紹介　□他院から紹介　□家族・知人から紹介

□プレコンゼミ　□妊孕性温存実施施設一覧　□雑誌　□その他（　　）