# 男性問診票　（プレコンセプション）

西暦　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 年齢 | 未婚・結婚予定 |
| 氏名 | | 西暦　　年　　月　日 | | 既婚（　　才で結婚）<br>初婚　・　再婚 |
| 住 所 | 〒 | | ご職業 | |
| 電話番号 | | 身長　：　　cm | 体重　：　　kg | |

**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。**

**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＿＿＿＿＿＿）

不妊期間　□なし　□あり（＿＿年）

不妊治療経験　□なし　□あり　子供の有無　□いない　□いる（＿＿人）

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　□家族・知人から紹介　□プレコンゼミ　□雑誌　□その他（　　）

虹クリニック　2026/11/1