男性問診票　（プレコンセプション）

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	未婚・結婚予定
氏名		西暦　　年　月　日　歳	既婚（　　才で結婚） 初婚 ・ 再婚
住 所	〒	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