ID			
111)			

問 診 票



下記の問診は、とても大切な質問です。 中にはプライベートな事柄もございますが、あなたのことを十分に理解するための 質問であることをご了承いただき、お答え下さいますようお願いいたします。 草津レディースクリニック

ご記入日 ______年 ____月 ____日

パートナー のお名前	在岭	盎 生年日口(西暦)	任	
נים 🗕 200 כים		ルメ エキカロ(<u> </u>	_++/	/J
ご職業	身 長	cm 体重	kg		
	診療情報取得に同意されました	か?	はい	/ いいえ	: -
2. 他の医療機関から紹	3介状を持参されましたか?		はい	/ いいえ	
	に通院されていますか?			/ いいえ	
4. この1年間で健診((特定健診及び高齢者健診に限る))を受診されま		/ いいえ	
(受診時期:西暦	年 月頃 指摘事	項:			
	活用することにより、質の高い				
	するため、マイナ保険証の利用				
	:時)加算 1点 / 医療情報)加質(1)	占
	加并「杰 / 区凉旧			/ /Ju ji 1 /	ATT.
		ることをご記入	LG11		
		ることをこの人	ravi		
			ravi		
●結婚・妊娠について	- ものにOをつけてください			/ 婚約中	/ 独身
〕 結婚・妊娠について 1.現在、当てはまる					
〕 結婚・妊娠について 1.現在、当てはまる	ものに〇をつけてください ご結婚年月日:西暦	既婚 /	内縁(同棲中)	年齡	
■結婚・妊娠について1. 現在、当てはまる*「既婚」の場合2. 離婚歴はあります	ものに〇をつけてください ご結婚年月日:西暦	既婚 /	内縁(同棲中) 日	年龄 /	: 歳時
●結婚・妊娠について1. 現在、当てはまる*「既婚」の場合2. 離婚歴はあります3. 今までに妊娠させ	ものにOをつけてください ご結婚年月日:西暦 か?	既婚 <i>/</i> 年	内縁(同棲中) 月 日 はい	年齢 / /	: 歳明
●結婚・妊娠について1. 現在、当てはまる*「既婚」の場合2. 離婚歴はあります3. 今までに妊娠させ4・実際に妊娠を希望	ものに〇をつけてください ご結婚年月日:西暦 が? た経験はありますか?	既婚 <i>/</i> 年	内縁(同棲中) 月 日 はい はい	年齢 / /	: 歳時 いいえ いいえ
■結婚・妊娠について1. 現在、当てはまる*「既婚」の場合2. 離婚歴はあります3. 今までに妊娠させ4・実際に妊娠を希望5. 奥様は、妊娠に向	ものに〇をつけてください ご結婚年月日:西暦 か? た経験はありますか? されてからどれくらい経ちます;	既婚 / 年 か?	内縁(同棲中) 月 日 はい はい 年	年齢 / /	: 歳6 いいえ いいえ 7月くらい
■結婚・妊娠について1. 現在、当てはまる*「既婚」の場合2. 離婚歴はあります3. 今までに妊娠させ4・実際に妊娠を希望5. 奥様は、妊娠に向	きのに〇をつけてください ご結婚年月日: 西暦 か? た経験はありますか? されてからどれくらい経ちます; けて治療されていますか?	既婚 / 年 か? る: (内縁(同棲中) 月 日 はい はい 年	年齢 / / /	: 歳明 いいえ いいえ r月くらい いいえ
■結婚・妊娠について1. 現在、当てはまる*「既婚」の場合2. 離婚歴はあります3. 今までに妊娠させ4・実際に妊娠を希望5. 奥様は、妊娠に向	きのに〇をつけてください ご結婚年月日: 西暦 か? た経験はありますか? されてからどれくらい経ちます; けて治療されていますか?	既婚 / 年 か? る: (内縁 (同棲中) 月 日 はい はい 年	年齢 / / /	: 歳明 いいえ いいえ ァ月くらい いいえ
●結婚・妊娠について 1. 現在、当てはまる *「既婚」の場合 2. 離婚歴はあります 3. 今までに妊娠させ 4・実際に妊娠を希望 5. 奥様は、妊娠に向 *「はい」とお答え	きのに〇をつけてください ご結婚年月日: 西暦 が? た経験はありますか? されてからどれくらい経ちます; けて治療されていますか? の場合 通院されている病院を 治療状;	既婚 / 年 か? る: (内縁(同棲中) 月 日 はい はい 年 はい グ療法 / 人工授精	年齢 / / / / 体外受精	: 歳時 いいえ いいえ 7月くらい いいえ
 ●結婚・妊娠について 1. 現在、当てはまる *「既婚」の場合 2. 離婚歴はあります 3. 今までに妊娠させ 4・実際に妊娠を希望 5. 奥様は、妊娠に向 *「はい」とお答え ●生活習慣について 1. 喫煙はしますか?	ものに〇をつけてください ご結婚年月日:西暦 か? た経験はありますか? されてからどれくらい経ちます; けて治療されていますか? の場合 通院されている病院を 治療状;	既婚 / 年 か? B: (兄: (タイミン	内縁(同棲中) 月 日 はい はい 年 はい グ療法 / 人工授精	年齢 / / / / 体外受精	: 歳時 いいえ いいえ r月くらい いいえ が / 不明
●結婚・妊娠について 1. 現在、当てはまる *「既婚」の場合 2. 離婚歴はあります 3. 今までに妊娠させ 4・実際に妊娠を希望 5. 奥様は、妊娠に向 *「はい」とお答え ●生活習慣について 1. 喫煙はしますか? *「はい」とお答え	ものに○をつけてください ご結婚年月日: 西暦 が? た経験はありますか? されてからどれくらい経ちます; けて治療されていますか? の場合 通院されている病院を 治療状;	既婚 / 年 か? る: (内縁(同棲中) 月 日 はい はい 年 はい グ療法 / 人工授精 はい	年齢 / / / / 体外受精 / xを(: 歳時 いいえ いいえ 7月くらい いいえ が / 不明 いいえ) 年
 ●結婚・妊娠について 1. 現在、当てはまる *「既婚」の場合 2. 離婚歴はあります 3. 今までに妊娠させ 4・実際に妊娠を希望 5. 奥様は、妊娠に向 *「はい」とお答え ●生活習慣について 1. 喫煙はしますか?	ものに○をつけてください ご結婚年月日: 西暦 が? た経験はありますか? されてからどれくらい経ちます; けて治療されていますか? の場合 通院されている病院を 治療状;	既婚 / 年 か? B: (兄: (タイミン	内縁(同棲中) 月 日 はい はい 年 はい グ療法 / 人工授精	年齢 / / / / 体外受精 / xを(: 歳時 いいえ いいえ r月くらい いいえ が / 不明
●結婚・妊娠について 1. 現在、当てはまる *「既婚」の場合 2. 離婚歴はあります 3. 今までに妊娠させ 4・実際に妊娠を希望 5. 奥様は、妊娠に向 *「はい」とお答え ●生活習慣について 1. 喫煙はしますか? *「はい」とお答え	ものに〇をつけてください ご結婚年月日: 西暦 が? た経験はありますか? されてからどれくらい経ちます; けて治療されていますか? .の場合 通院されている病院を 治療状況	既婚 / 年 か? 3:(兄:(タイミン 喫煙本数:	内縁(同棲中) 月 日 はい はい 年 はい グ療法 / 人工授精 はい	年齢 / / / / 体外受精 / ぶを(/	: 歳時 いいえ いいえ 7月くらい いいえ が / 不明 いいえ) 年
●結婚・妊娠について 1. 現在、当てはまる *「既婚」の場合 2. 離婚歴はあります 3. 今までに妊娠を希望 4・実際に妊娠を希望 5. 奥様は、妊娠に向 *「はい」とお答え ●生活習慣について 1. 喫煙はしますか? *「はい」とおさえ 2. 飲酒はしますか?	きのに〇をつけてください ご結婚年月日: 西暦 か? た経験はありますか? されてからどれくらい経ちます; けて治療されていますか? の場合 通院されている病院を 治療状;	既婚 / 年 か? G:(タイミン 喫煙本数: 頻度: 月に	内縁(同棲中) 月 日 はい はい 年 はい グ療法 / 人工授精 はい 1日() 本	年齢 / / / /体外受精 / 本を(/ 程度 / に	: 歳時 いいえ いいえ r月くらい いいえ / 不明

性機能	を			
1.	性欲はありますか?	はい	/	いいえ
2.	勃起しますか?	はい	/	いいえ
3.	射精はしますか?	はい		いいえ
4.	性行為は何回ありますか? ()回/年・()回/月・	()回/週
四往困	歴について			
	薬のアレルギーはありますか?	はい	/	いいえ
'•	*「はい」の場合 薬品名: (10.01	/)
2	食物のアレルギーはありますか?	はい		 いいえ
۷.	*「はい」の場合 食物名: (1001	/)
3	現在何かお薬を飲んでいますか?	はい		いいえ
ರ.	* 「はい」の場合 薬品名: (10.01	/	01012
1	39度以上の熱が出たことはありますか?	はい		
	性病にかかったことはありますか?		/	
٥.		はい	/	いいえ、
	*「はい」の場合 具体的に:(- / WARA)
	右記の病気にかかったことがあれば、〇をしてください 結核			うたふく風邪
	精巣上体炎(副睾丸炎)になったことはありますか?	はい		いいえ
	睾丸を打って腫れたことはありますか?	はい	/	いいえ
9.	睾丸のふくろ(陰のう)に水が溜まったことはありますか?	はい	/	いいえ
10.	睾丸を降ろす手術をしたことはありますか?	はい	/	いいえ
11.	パイプカットの手術を受けたことはありますか?	はい	/	いいえ
12.	そけいヘルニアの手術を受けたことはありますか?	はい	/	いいえ
13.	入院手術を要する病気にかかったことはありますか?	はい	/	いいえ
	*「はい」の場合 ()歳 病名または手術名:()
	()歳 病名または手術名:()
14.	心臓または肺の病気にかかったことはありますか?	はい	/	いいえ
15.	今までにステロイド剤(副腎皮質ホルモン)または精神科の薬を使った	ことはあります	か?	
		はい	/	いいえ
	*「はい」の場合 薬品名:()
16.	男性型脱毛症(AGA)治療内服薬を使用されたことはありますか?	はい		いいえ
	*「はい」の場合 薬品名 : ()
	服用期間:()
	をについて 今までに男性不妊症の治療を受けたことがありますか?	はい		しいいえ
•	*「はい」とお答えの場合、病院名、通院期間、治療内容をご記入くだ		,	0.0.76
	病院名 () 通院期) 左	Ŧ
	カルチャー 内服薬(漢方薬を含む)治療 / 注射 /			Г
	治療内容・その他:(חוון –)
2		I+1 \		1)1)>
۷.	今までに精液検査を受けたことはありますか?	はい をしてください	/	いいえ
	*「はい」とお答えの場合、下記の結果であてはまるものがあれば、〇		0	
	精液検査 精子数が少ない / 精子の動きが悪い / クリーグ	精子がいない		
	結果その他:()
当院な	からのご連絡について			
1.	つながりやすいご連絡先をご記入ください()		
	お電話または手紙を送付する際、クリニック名を名乗ってもよろしいで	すか? は	tl1	/ いいえ