

ID _____

問 診 票

ご記入日 _____年 _____月 _____日



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

お名前 _____ 年齢 _____歳 生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日

パートナー
のお名前 _____ 年齢 _____歳 生年月日(西暦) _____年 _____月 _____日

ご職業 _____ 身長 _____cm 体重 _____kg

●診療情報取得について

1. マイナ保険証による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介状を持参されましたか？ はい / いいえ
3. 現在、他の医療機関に通院されていますか？ はい / 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）を受診されましたか？ はい / いいえ
（ 受診時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃 指摘事項： _____ ）

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算（初診時）加算 1点 / 医療情報取得加算（再診時・3か月に1回）加算 1点

●本日の受診目的について あなたが今、気になっていることをご記入下さい

●結婚・妊娠について

1. 現在、当てはまるものに○をつけてください	既婚 /	内縁（同棲中） /	婚約中 /	独身
*「既婚」の場合	ご結婚年月日：西暦	年	月	日
2. 離婚歴はありますか？	はい	/	いいえ	
3. 今までに妊娠させた経験はありますか？	はい	/	いいえ	
4・実際に妊娠を希望されてからどれくらい経ちますか？	年		ヶ月くらい	
5. 奥様は、妊娠に向けて治療されていますか？	はい	/	いいえ	
*「はい」とお答えの場合 通院されている病院名：（ _____ ）				
治療状況：（ タイミング療法 / 人工授精 / 体外受精 / 不明 ）				

●生活習慣について

1. 喫煙はしますか？	はい	/	いいえ	
*「はい」とお答えの場合	喫煙本数： 1日（ _____ ）本を（ _____ ）年			
2. 飲酒はしますか？	はい	/	いいえ	
*「はい」とお答えの場合	頻度： 月に数回 / 週に3日程度 / ほぼ毎日			
3. 小便の回数は何回ですか？	昼	回	・ 夜	回
4. 睡眠はよくとれていますか？	はい	/	いいえ	

●性機能について

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		

●既往歴について

1. 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：()			
2. 食物のアレルギーはありますか？	はい	/	いいえ
*「はい」の場合 食物名：()			
3. 現在何かお薬を飲んでいますか？	はい	/	いいえ
*「はい」の場合 薬品名：()			
4. 39度以上の熱が出たことはありますか？	はい	/	いいえ
5. 性病にかかったことはありますか？	はい	/	いいえ
*「はい」の場合 具体的に：()			
6. 右記の病気にかかったことがあれば、○をしてください	結核	/	糖尿病 / おたふく風邪
7. 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
8. 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：()			

●治療歴について

1. 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	/	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さい			
病院名	()	通院期間	() 年
治療内容	内服薬（漢方薬を含む）治療 / 注射 / 手術		
その他：()			
2. 今までに精液検査を受けたことはありますか？	はい	/	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、○をしてください。			
精液検査結果	精子数が少ない / 精子の動きが悪い / 精子がない		
その他：()			

●当院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	()	—
2. 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？	はい	/ いいえ
*「いいえ」とお答えの場合、連絡方法をご記入ください ()		