

男性不妊問診票

ID _____

氏名 _____

該当する箇所に記載、または、チェックをつけてお答えください
☆この問診表は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません☆

- 身長_____cm 体重_____kg 血液型_____型 Rh (____)
- 職業 (_____)
- 精液検査や男性不妊治療の経験は？ 有 無
- 奥様の生年月日 _____年 _____月 _____日 (_____歳)
- 奥様の不妊治療・検査歴 有 無
- ご結婚されたのはいつですか？ _____年 _____月 _____日 (_____歳時)
- 避妊期間 有 (_____年 _____か月) 無
- 不妊期間はどれくらいですか？ _____年 _____か月
- 出身地はどこですか？ (_____)
- 性欲はありますか？ 有 無
- 勃起しますか？ する しない ● 射精しますか？ する しない
- 性行為は大体1週間に_____回 ● 射精回数は大体1週間に_____回
- 性病にかかったことは？ 有 無
- 睾丸を打ったり、睾丸の手術をしたことは？ 有 無
- 鼠経ヘルニア（脱腸）の手術をしたことは？ 有 無
- おたふくかぜ後、もしくはそれ以外でも、陰嚢が腫れたことは？ 有 無
- 髭が生えたのは_____歳 ● 陰毛が生えたのは_____歳 ● 声変わりは_____歳
- 学童期クラスで背は 高い方 中くらい 低い方
- その他、ご希望や質問等、何かあればお書きください。