

問診票

待合室など他の方がいる場所では答えにくいことや直接伝えたいことがありましたら、空欄のままご提出ください。
なお、記入いただきました内容は、ご本人の許可なしにご本人以外の方(配偶者・パートナーやご家族)へお伝えすることはございません。また、当院の医療従事者以外の目に触れることも一切ございません。

		記入日	年	月	日
ふりがな		職業	出張・転勤など長期不在 ☐ あり ☐ なし 休みは ☐ 取りやすい ☐ 取りにくい		
氏名					
ID	— —	電話番号	— —		
生年月日	年 月 日(満 歳)				
身長/体重	cm/ kg	(BMI:	※医療者記載)		

1) 既往歴についてお聞きします

最近、3か月以内に高熱や体調不良がありましたか

☐ない ☐ある(病名:)

尿道炎、副睾丸炎、前立腺炎にかかったり、鼠径ヘルニアや泌尿器科の手術を受けたりしたことがありますか

☐ない ☐ある(歳頃、病名:)

成人後、おたふくかぜにかかったことがありますか

☐ない ☐ある(歳頃) →そのとき睾丸が ☐腫れた ☐腫れなかった ☐わからない

糖尿病など、過去または現在治療中の病気がありますか

☐ない ☐ある(歳頃、病名:)

ステロイド剤(内服薬)、育毛剤、精神科の薬を使ったことがありますか

☐ない ☐ある(薬品名:)

現在、内服中の薬やサプリメントはありますか

☐ない ☐ある(薬品名:)

毎日の就寝時間は ☐規則的で 時間程度寝ている ☐不規則

タバコは吸いますか ☐吸わない ☐吸う(1日に 本程度)

アルコールは飲みますか ☐飲まない ☐機会飲酒 ☐飲む(を週に 日 ml程度)

性交渉の頻度はどのくらいですか

☐ ヶ月に 回程度 ☐1週間に 回程度 ☐排卵日あたりだけ ☐最近はほとんどない

性病にかかったことがありますか

☐ない ☐ある(歳頃、病名:)

精液検査を受けたことがありますか

☐ない ☐ある →そのとき異常が ☐あった(病名:) ☐なかった ☐わからない

ご自身の勃起や射精に問題があると思いますか

☐ないと思う ☐あると思う ☐わからない

ご回答ありがとうございました