

不妊相談 問診票 (男性)

秘密は厳守致しますので、可能なかぎり正確に記入して下さい。

問診票記入日： 年 月 日

(ふりがな)

お名前 _____ 年齢 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____

問診票の内容はパートナーと共有してもよろしいですか。 (はい・いいえ)

不妊治療が行われた場合、診療内容や検査結果をパートナーと共有してもよろしいですか。 (はい・いいえ)

	問診項目	回答
1.	妊娠を目指したのはいつ頃からですか。	(西暦) 年 月頃
2.	これ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」と答えた方にお聞きします。	検査内容： 施設名：
3.	これまでに不妊治療を受けたことはありますか。	はい・いいえ / 紹介状 あり・なし
	「はい」と答えた方にお聞きします。	治療内容： 施設名：
4.	これまでに別のパートナーが妊娠したことはありますか。	はい・いいえ
	「はい」と答えた方にお聞きします。	自然妊娠・不妊治療(治療内容：)
5.	性行為に支障がありますか。	はい・いいえ
6.	この1年間で健康診断を受けましたか。	はい・いいえ
	これまでに既往歴はありますか。	はい・いいえ
	「はい」と答えた方にお聞きします。	病名： [歳] (手術：有・無) 病名： [歳] (手術：有・無) 病名： [歳] (手術：有・無)
	抗がん剤や放射線治療を受けたことはありますか。	はい・いいえ
	現在治療中の病気はありますか。	はい・いいえ
	「はい」と答えた方にお聞きします。	病名： [歳] (手術：有・無) 病名： [歳] (手術：有・無)
	現在服用中のお薬はありますか。	はい・いいえ
	「はい」と答えた方にお聞きします。	お薬の名前：
	※お薬手帳をお持ちの方は提出して下さい。	
	両親や兄弟姉妹に不妊症、早期閉経の方はいますか。	はい(続柄：)・いいえ
	お酒は飲みますか。	はい(毎日・時々)・いいえ
	たばこは吸いますか。	はい(本/日)・禁煙した・吸わない
	アレルギーはありますか。	はい・いいえ
「はい」と答えた方は右記にその種類をご記入下さい。	()	
ご職業について教えて下さい。	職業内容：	
	アルバイト・フレックス・フルタイム・就労なし	

7.	パートナーと婚姻関係にありますか。	はい・いいえ 結婚 _____ 歳、再婚 _____ 歳、婚約中、事実婚 その他 (_____)
	治療の結果、出生した子について認知を行う意向がありますか。	はい・いいえ
8.	パートナーと不妊検査や治療について話し合っていますか。	はい・いいえ (_____)
9.	何か相談したいこと、ご不明なことがありましたら、右欄にご記入下さい。	
10.	マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。	はい・いいえ
11.	当院より連絡をする際の連絡先をお書き下さい。	連絡先： (携帯電話の連絡先を優先で記入して下さい。)

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います。

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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算 1：4 点 加算 2：2 点（マイナ保険証を利用した場合）

ご記入ありがとうございました。診察まで、もうしばらくお待ち下さい。