

男性不妊外来予診用紙

記載日(西暦) 年 月 日

(治療に役立てますので、お手数ですが記入してください。秘密は厳守します。)

フリガナ

ご主人の氏名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)

フリガナ

奥様の氏名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)

不妊期間(結婚後、避妊期間を除いた期間) _____ 年 _____ か月

《ご主人に記入願います。》 身長 _____ cm、 体重 _____ kg

- ・常用薬が(ある場合はその名前) ある ない
- ・心臓または肺の病気が ある ない
- ・精巣の袋(陰嚢)に水が溜まったことが ある ない
- ・精巣を打撲し、腫れたことが ある ない
- ・精巣を降ろす手術を受けたことが ある ない
- ・尿道炎、前立腺炎、精巣上体炎に罹ったことが ある ない
- ・そけいヘルニア(脱腸)の手術を受けたことが ある ない
- ・その他入院、手術を要する病気に罹ったことが ある ない

(病名: _____ 施設名: _____)

・以下の病気に罹ったことがあればチェックしてください。

- おたふく風邪(_____ 歳) 結核 肝炎 胃、十二指腸潰瘍
- 高血圧 糖尿病 最近3ヶ月の高熱

- ・アレルギー体質または体に合わない薬がありますか? ある ない
- ・ステロイド剤(副腎皮質ホルモン)を使ったことが ある ない

・日常生活についておたずねします。

- タバコを 吸う(_____ 本/日 × _____ 年) 吸わない
- 酒を 飲む(_____ 合/日 × _____ 年) 飲まない 1合=ビール中瓶1本(500ml)
- 食欲は 普通 不良
- 睡眠は 普通 不良

・仕事中に以下の物質や環境に接することがあればチェックしてください。

- 鉛 亜鉛 ヒ素 一酸化炭素 カドミウム
- 高温 低温 放射能 低酸素

・性機能についておたずねします。

- 射精しますか? する しない その他(_____)
- 精液検査を受けたことが ある(施設名 _____) ない
- 男性不妊として治療を受けたことが ある(施設名 _____) ない
- 夫婦生活はだいたい1カ月に _____ (_____ 回)

《奥様に記入願います。》

- ・妊娠したことが ある ない
- ・流産したことが ある ない
- ・人工授精を受けたことが ある(_____ 回) ない
- ・体外受精を受けたことが ある(_____ 回) ない
- ・顕微授精を受けたことが ある(_____ 回) ない

問診票 1

記載日(西暦 年 月 日)

氏名()

①表中の該当する番号を○で囲んで下さい。

< この6カ月に >

1、勃起してそれを維持する自信はどの程度ありましたか？		非常に低い	低い	中くらい	高い	非常に高い
		1	2	3	4	5
2、性的刺激によって勃起した時、どれくらいの頻度で挿入可能な硬さになりましたか？	性的刺激はなかった	ほとんど、又は全くならなかった	たまになった(半分よりかなり低い頻度)	時々なった(ほぼ半分の頻度)	しばしばなった(半分よりかなり高い頻度)	ほぼいつも又はいつもなった
	0	1	2	3	4	5
3、性交の際、挿入後にどれくらいの頻度で勃起を維持できましたか？	性交を試みなかった	ほとんど、又は全く維持できなかった	たまに維持できた(半分よりかなり低い頻度)	時々維持できた(ほぼ半分の頻度)	しばしば維持できた(半分よりかなり高い頻度)	ほぼいつも又はいつも維持できた
	0	1	2	3	4	5
4、性交の際、性交を終了するまで勃起を維持するのはどれくらい困難でしたか？	性交を試みなかった	極めて困難だった	とても困難だった	困難だった	やや困難だった	困難でなかった
	0	1	2	3	4	5
5、性交を試みた時、どれくらいの頻度で性交に満足できましたか？	性交を試みなかった	ほとんど、又は全く満足できなかった	たまに満足できた(半分よりかなり低い頻度)	時々満足できた(ほぼ半分の頻度)	しばしば満足できた(半分よりかなり高い頻度)	ほぼいつも又はいつも満足できた
	0	1	2	3	4	5

合計点数 点

②勃起障害はありますか？

無 ・ 有 (西暦 年頃)から

<以下、有の方のみお答え下さい。>

③日常内服している薬剤はありますか？

無 ・ 有 (薬剤名)

④今までに勃起障害で医療機関を受診したことがありますか？

無 ・ 有

⑤今までに手術を受けたり、入院したことがありますか？

無 ・ 有

⑥以下の中で、過去に診断を受けた病名を○で囲んで下さい。

高血圧症 ・ 低血圧症 ・ 狭心症 ・ 糖尿病 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 心筋梗塞 ・ 肝臓病

網膜色素変性症 ・ 白血病などの血液疾患 ・ その他()

問診票 2

記載日(西暦

年

月

日)

氏名(

)

《最近6カ月において、下記の1から17までの症状について、当てはまる欄に○か✓をして下さい。》

	症状 点数=	なし	軽い	中等度	重い	非常に
		1	2	3	4	5
①	総合的に調子が思わしくない (健康状態、本人自身の感じ方)					
②	関節や筋肉の痛み (腰痛、関節痛、手足の痛み、背中の痛み)					
③	ひどい発汗 (思いがけず突然汗が出る、緊張や運動と関係なくほてる)					
④	睡眠の悩み(寝つきが悪い、ぐっすり眠れない、 寝起きが早く疲れがとれない、浅い睡眠、眠れない)					
⑤	よく眠くなる、しばしば疲れを感じる					
⑥	いらいらする(当たり散らす、不機嫌になる 些細なことですぐ腹をたてる)					
⑦	神経質になった(緊張しやすい、精神的に落ち着かない じっとしてられない)					
⑧	不安感 (パニック状態になる)					
⑨	体の疲労、行動力の減退 (全般的な行動力の低下、活動の減少、達成感がない、 余暇活動に興味がない、自分をせかさないと何もしない)					
⑩	筋力の低下					
⑪	憂うつな気分(落ち込み、悲しみ、涙もろい、 意欲がわからない、気分のむら、無用感)					
⑫	男性として「絶頂期は過ぎた」と感じる					
⑬	力尽きた、どん底にいると感じる					
⑭	ひげの伸びが、遅くなった					
⑮	性的能力の衰え					
⑯	早朝勃起(朝立ち)の回数の減少					
⑰	性欲の低下 (セックスが楽しくない、性交の欲求がおきない)					