

【生活習慣についてお尋ねします】

- ・たばこ 吸う (_____ 本 × _____ 年) ・吸わない
- ・電子たばこ 吸う (_____ 本 × _____ 年) ・吸わない
- ・お酒 飲む (_____ 合 × _____ 週) ・飲まない
- ・便通 悪い ・ 普通
- ・小便の回数 昼間 _____ 回 (夜間 _____ 回)
- ・育(発)毛剤の使用 使用 (薬品名 _____) ・不使用
- ・やせ薬の服用 服用 (薬品名 _____) ・飲んでいない

【あなたの既往歴・アレルギー等についてお尋ねいたします。】

① 既往歴に関して以下の該当する項目にチェックしてください。

特になし

	病名	処方されているお薬
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> 循環器疾患	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> 消化器疾患	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> 糖尿病	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> 皮膚疾患	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> 結核	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> 肝疾患	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> うつ病	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> パニック症候群	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> がん	(_____)	(_____)
<input type="checkbox"/> その他	(_____)	(_____)

② 手術をしたことがありますか。 はい ・ いいえ

「はい」の方は、何歳の時にどのような手術(手術名または手術の内容)かご記入ください。

_____ 歳 (_____)

_____ 歳 (_____)

手術の時、麻酔のトラブルはありましたか。 はい ・ いいえ ・ わからない

「はい」の方はどのようなトラブルですか。 (_____)

③ アレルギーに関して以下の該当するものに○をつけてください。

- ・局所麻酔(歯科麻酔)で副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・抗生剤で何か副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・消毒薬(ヨード系)で何か副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・ホルモン剤で何か副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・ラテックスアレルギーと言われたことはありますか。 はい ・ いいえ
- ・食物アレルギーはありますか。 はい ・ いいえ

「はい」の方はどのような食物ですか。 (_____)

④現在使用中のお薬に関して以下の該当する項目をチェックしてください

- ・ホルモン剤、ステロイドを服用している。 いる(薬品名_____)・ない
- ・眠剤または抗不安薬を服用している。 いる(薬品名_____)・ない
- ・漢方薬、サプリメントを飲んでいる。 いる(薬品名_____)・ない
- ・上記以外の薬を服用している。 いる(薬品名_____)・ない

⑤感染症(B型肝炎・C型肝炎・梅毒・H I V)の検査を受けたことがありますか。

【奥様についてお尋ねいたします。(わかる範囲で記入おねがいたします。)]

①通院中、あるいは以前に通院されていた病院がありますか。 はい・いいえ
「はい」の方は、お答え下さい。 病院名_____年_____月から通院

②妊娠したことがありますか。 はい・いいえ
「はい」の方は、お答え下さい。 _____回(____年____月)(____年____月)(____年____月)

③出産したことがありますか。 はい・いいえ
「はい」の方は、お答え下さい。 _____回(____年____月)(____年____月)(____年____月)

④基礎体温をつけていますか。 はい・いいえ
・二相性ですか。 はい・いいえ
・高温期は約14日間ありますか。 はい・いいえ

⑤卵管の通過性の検査をしたことがありますか。 ある・ない
・狭窄(狭いところ)があると言われましたか。 はい・いいえ
・閉塞(つまっているところ)があると言われましたか。 はい・いいえ

⑥フーナーテスト(性行為子宮粘膜の精子の有無の検査)をしたことがありますか。
はい・いいえ
・検査の結果、精子が子宮に届いてないと言われましたか。 はい・いいえ

⑦人工授精(A I H)を受けたことがありますか。 ある・ない
・どこで何回受けましたか。 (場所_____) (____回)

⑧体外受精(I V F)を受けたことがありますか。 ある・ない
・どこで何回受けましたか。 (場所_____) (____回)

⑨顕微授精(I C S I)を受けたことがありますか。 ある・ない
・どこで何回受けましたか。 (場所_____) (____回)

⑩今までにかかったことがある病気をご記入ください。

(_____)

※お願い※

①ご本人以外で連絡がつく番号をご記入ください。

※急な日時変更等で必要な場合があります。

ご本人以外の連絡先 お名前_____（続柄_____）

TEL_____（携帯もしくはご自宅）

時間帯_____ 個人名で ・ 病院名で

※ご本人が不在の場合、内容をお伝えしてもよろしいですか。 はい ・ いいえ
（留守録 OK ・ NO）

②必要時、検査結果等を郵送することがあります。

郵送先（自宅 ・ 自宅以外）※自宅以外の場合は下記に宛先と宛名をご記入ください。

宛先 〒_____

宛名_____

差出人名 個人名で ・ 病院名で

最後にアンケートにご協力をお願いします。

当外来に受診された経緯をお聞かせください。

- a. 他の医療機関からの紹介
- b. パートナーがかかっているから
- c. 家族・友人からの紹介
- d. 治療施設を自分で探して

⇒ 当外来を何でお知りになりましたか。（複数回答可）

ホームページ メディア（新聞・雑誌・TV）

チラシ・リーフレット その他（_____）

e. その他（_____）

ご協力ありがとうございました。