

男性問診票 来院日西暦 年 月 日

2019/06/23

夫	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 ( 才)
	携帯番号	携帯メールアドレス
住所	〒	自宅電話番号
		PCメールアドレス

血液型 \_\_\_\_\_ 型 RH ( ) 身長 \_\_\_\_\_ c m 体重 \_\_\_\_\_ k g

初婚 再婚(前妻との間に子供は なし あり→ 人)

1. 使ってはいけないお薬がありますか？ 無・有 ⇒ある方は薬の名前をお書き下さい ( )
2. 現在内服しているお薬はありますか？  
無・有 ( )  
現在内服しているサプリメントはありますか？  
無・有 ( )
3. タバコを吸われますか？ 吸わない・吸う ( 本/日 年間)
4. 飲酒に関して：飲まない、飲む ( )
5. 運動の習慣：ない、ある ( )
6. 性交回数は月に何回くらいですか？ ( 回)
7. マスターベーションは月に何回くらいですか？ ( 回)
8. 今日の禁欲期間は何日くらいですか？ ( 日)
9. 高い熱を出したことがありますか？ いいえ、はい ⇒ 病名 ( )
10. ご家族にガン、糖尿病、流産の既往がある方はいますか？ いいえ ( )  
ご家族に遺伝性の病気はありますか？ いいえ  
はい ⇒ 病名 ( )
11. 採血などの検査結果は奥様にお伝えしても良いでしょうか？  
良い、必ず本人に伝えて欲しい
12. おたふく風邪にかかったことはありますか？

ある（ 歳頃）、ない、わからない

13. 今までに下記のような病気をしたことがありますか？

癌・糖尿病・高血圧・腎臓病・心臓病・肝臓病・甲状腺疾患・肝炎  
その他（ ）

14. 睾丸の手術を受けたことがありますか？ ない

ある（ ）

15. パイプカットの手術を受けたことがありますか？ ない、ある（ 歳頃）

16. そけいヘルニアの手術を受けたことがありますか？ ない、ある（ 歳頃）

17. 性機能について悩んでいること、相談したいことはありますか。

性欲がない、勃起しない、挿入できない、膣内射精ができない、射精しない、  
早漏、射精感はあるが精液が出ない  
その他（ ）

18. 性病にかかったことはありますか？ ない

ある（ ）

19. 精液検査を受けたことがありますか？ ない

ある 正常、異常 病院名（ ） 検査時期（ ）

20. 採血によって気分が悪くなった事がありますか？

無・有（ ）

採血に際して希望がありますか？（ ）

21. 今までに大きな病気や手術をしたことがありましたらお書き下さい。

年 月	病名	手術名	病院名
年 月			
年 月			
年 月			

22. 職業に関して

勤務時間（ 時 ～ 時 ） 休日（ ）

職種（ ）勤務地（ ）

通院しやすい曜日、時間帯はありますか（ ）

23. 当院への希望はありますか？

治療ペース（ゆっくり 普通 早め）

検査（最小限 できるだけたくさん）

精神面のフォロー（カウンセリング等）も希望

その他（ ）