

男性不妊問診票

やまなかクリニック

ご主人の氏名 生年月日 年 月 日 (歳)
奥様の氏名 生年月日 年 月 日 (歳)
避妊しなくなったのは 年 月から (不妊期間 年 月)

ご主人にご記入願います

身長 () cm、体重 () Kg

夫婦生活回数はだいたい1ヶ月に 回

精巣(睾丸)のけが(打撲)をしたことが ある ない

精巣の袋(陰嚢)に水がたまったことが ある ない

尿道炎、前立腺炎、精巣上体(副睾丸)炎にかかったことが ある ない

精巣の手術やそけいヘルニア(脱腸)の手術をしたことが ある ない

持病や常用している薬が ある ない

(「ある」の方は内容をご記入ください)

今までに入院や手術を要する病気にかかったことが ある ない

(「ある」の方は内容をご記入ください)

勃起・射精の機能に異常が ある ない

(「ある」の方は内容をご記入ください)

当クリニックを受診される前に男性不妊について検査・治療を受けたことがある
なら、その内容をお書きください。(精液検査のみの方もご記入ください)

()

奥様にご記入願います

月経(生理)は順調に ある ない

今までに妊娠したことが ある ない

婦人科で検査を受けたことが ある ない

すでに婦人科で不妊治療を受けられているなら、その内容をお書きください。

()