

《泌尿器科 問診票》

氏名

ID

生年月日 年 月 日 (歳)

職業

奥様氏名

身長 cm 体重 kg 血液型 型

①個人歴について	結婚 (平成・令和 年 月)
	離婚 (平成・令和 年 月)
	再婚 (平成・令和 年 月)
	同棲 (平成・令和 年 月)
	未婚
②性機能について	性欲について 普通 ・ 少ない方 ・ なし
	性交渉について 普通にできる (1ヶ月に 回) ・ 困難
	勃起について する ・ しない
	射精について(膣内で) する ・ しない
	射精について(マスターベーションで) する ・ しない
	精液検査を受けたこと ある(検査日:) ・ なし
	男性不妊の治療を受けたこと ある(病院名:) ・ なし
③病歴について	<p>下記のような症状 ・ 病気・手術などしたことがありますか？(○で記入)</p> <p>39度以上の発熱 ・ 性病 ・ 睾丸を降ろす手術 ・ おたふくかぜ 睾丸を打って腫れた ・ 睾丸のふくろ(陰のう)に水が溜まった 鼠径(そけい)ヘルニア(脱腸)の手術 ・ 糖尿病 ・ 結核 ・ 癌 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 高尿酸血症 ・ 腎臓病 ・ 高脂血症 ・ 梅毒 B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 喘息 ・ 心臓または肺の病気 入院手術を要する病気 ・ その他</p> <p>* ○をつけられた方は、いつ頃どのような治療をされたのかお書きください</p>
④薬について	<p>下記のお薬を使ったことがありますか？</p> <p>ステロイド剤(副腎皮質ホルモン) ・ 精神科の薬 ある ・ なし</p> <p>* ある方は、お薬の名前・いつ頃まで内服していたかお書きください</p> <p>お薬や注射でアレルギーの経験 ある ・ なし</p> <p>* ある方は、お薬の名前・症状をくわしくお書きください</p> <p>現在、常用しているお薬 ある(お薬名) ・ なし</p>
⑤生活習慣について	<p>タバコを吸いますか はい(本/日) ・ いいえ ・ 過去に吸っていたがやめた</p> <p>いつから(歳~ まで) 喫煙総年数(約 年間 約 本/日くらい)</p> <p>同居している方が喫煙している 同居年数(年間)</p> <p>お酒を飲まれますか はい(本/日) ・ いいえ</p>
⑥検査結果について	<p>不妊治療は夫婦一体の治療ですので、ご夫婦の検査データ、治療内容については、ご夫婦間で共有していただきます。ご理解の上、ご協力お願いします。</p> <p>検査結果を奥様経由で説明してもよろしいですか？</p> <p>(B型肝炎、C型肝炎、HIV、梅毒、クラミジア、亜鉛、ホルモン検査等) はい ・ いいえ</p>
⑦お薬処方について	<p>ご主人様の薬の処方がある場合は、ご来院ください。</p> <p>はい ・ いいえ</p>

診療録

初診日 20 年 月 日

ID	<input type="text"/>	性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性
フリガナ	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text" value="昭和平成"/> 年 月 日 (歳)
漢字氏名	<input type="text"/>		
自宅 〒	<input type="text"/>		
フリガナ	<input type="text"/>		
自宅住所	都 道 府 県		
	郵送時にクリニック名を記載してもかまわない <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 白封筒・個人名にて郵送可		
	電話連絡時にクリニック名を名乗ってもかまわない <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 個人名にて連絡希望		
携帯TEL	<input type="text"/>	連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	留守電 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
自宅TEL	<input type="text"/>	連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	留守電 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
自宅FAX	<input type="text"/>	連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
e-mail	<input type="text"/>		
職業	<input type="text"/>	勤務先名	<input type="text"/>
勤務先 〒	<input type="text"/>	勤務先 Tel	<input type="text"/>
フリガナ	<input type="text"/>		
勤務先住所	都 道 府 県		
日中連絡先TEL	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他()		
その他	<input type="text"/>		

<配偶者様(保護者様)情報>

ID	<input type="text"/>	配偶者様続柄	<input type="checkbox"/> 夫・妻
フリガナ	<input type="text"/>	保護者様続柄	<input type="checkbox"/> 父・母
漢字氏名	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text" value="昭和平成"/> 年 月 日 (歳)
自宅 〒	<input type="text"/>	— <input type="text"/> 上記住所と異なる場合ご記入ください	
フリガナ	<input type="text"/>		
自宅住所	都 道 府 県		
勤務先名	<input type="text"/>	職業	<input type="text"/>

立川ARTレディースクリニック
〒190-0012 立川市曙町2-8-29