

《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	避妊期間 あり(年)・なし
	お子様 いる(才)・いない
	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
③病歴について	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
④薬について	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) 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 * ○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
	下記のお薬を使ったことがありますか? ステロイド剤(副腎皮質ホルモン)・精神科の薬 ある・なし * 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 お薬や注射でアレルギーの経験 ある・なし * ある方は、お薬の名前・症状をくわしくお書きください 現在、常用しているお薬 ある(お薬名)・なし
⑤生活習慣について	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 いつから(歳~ まで) 喫煙総年数(約 年間 約 本/日くらい) 同居している方が喫煙している 同居年数(年間) お酒を飲まれますか はい(本/日)・いいえ
⑥検査結果について	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。 検査結果を奥様経由で説明してもよろしいですか? (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
⑦お薬処方について	ご主人様の薬の処方がある場合は、ご来院ください。 はい・いいえ

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