



来院日 年 月 日

はなおかIVFクリニック品川

### 男性育児希望問診票

- 個人情報は当院が診療に必要な用途以外には使いません
- 緊急時などにどうしてもご連絡が必要な場合もありますので、正確にご記入ください

ご本人	ふりがな	生年月日
	お名前	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	ご職業:
		メールアドレス (携帯電話)
奥様	ふりがな	
	お名前	
ご住所	〒 自宅電話:	
	自宅メールアドレス:	

1. 血液型 \_\_\_\_ 型 RH ( プラス ・ マイナス ) 身長 \_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_ kg

2. 本日のご来院目的は何ですか  
感染症採血 精液検査 その他 ( )

3. 結婚歴 結婚年齢 \_\_\_\_ 才 (結婚 西暦 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月)  
婚約中 ・ 事実婚 ( 別居 ・ 同居 ) ・ 未婚

4. 妊娠をご希望されてからどのくらいの期間ですか? 【 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ ヶ月】

5. 今まで精液検査などを受けたことはありますか?  
「はい」 ・ 「いいえ」  
「はい」の方のみお答えください。  
【病院名: 結果: 】

6. 現在 飲んでいる薬・サプリメントはありますか  
「ない」 ・ 「ある」【薬品名: 】

7. 採血・注射によって気分が悪くなったことがありますか  
「ない」 ・ 「ある」【具体的に: 】

(2枚目に続く)



8. 以下の既往について、お答えください

- ・アレルギー 「ない」・「ある」【薬剤・食品・金属： 】
- ・喘息 「ない」・「過去にあった」・「ある」【具体的に： 】
- ・おたふく 「ない」・「ある」【いつ頃： 】・「不明」
- ・緑内障 「ない」・「ある」【 】
- ・糖尿病 「ない」・「ある」【(経過観察中)・(通院中) →病院名： 】
- ・高血圧 「ない」・「ある」【(経過観察中)・(通院中) →病院名： 】
- ・甲状腺の病気、リウマチなどの膠原病 「ない」 ・「ある」【 】

9. 今までに「病気」「手術」をした事がありますか。産まれた時から現在まで全て記載してください

\*現在治療中のもの、以前検査で異常を指摘されたことがあるもの、すでに治った過去の病気も含め、全て  
「ない」 ・「ある」【具体的に： 】

10. ご本人が今までに診断された「感染症」は ございますか？

「いいえ」 ・ 「はい」【クラミジア B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV(エイズ) その他： 】

11. 兄弟、姉妹に不妊症の方や遺伝的な病気の方がいらっしゃいますか

「いない」 ・ 「いる」【 】

12. 喫煙の習慣はありますか

「ない」 ・ 「ある」【1日 本・ 才から】

13. 飲酒の習慣はありますか

「ない」 ・ 「ある」【毎日・時々飲む】

14. 性交渉に関してお悩みはありますか？

「ない」 ・ 「ある」【具体的に： 】

15. 1カ月の性交渉の回数を教えてください。

回/月

16. その他

今まで以下のようなことはありませんでしたか

- ・1-2週間にわたって高熱が続く病気にかかった(例、川崎病)
- ・有機溶剤を使用する仕事に従事したことがある(ペンキ、印刷業)

「ない」 ・ 「ある」【 】

お好きなことお書きください

17. 当クリニックをどのようにして知りましたか (□にチェックを入れて下さい。複数回答可)

- 医師からの紹介【病院名： 医師名： 】
- 友人・知人からの紹介【紹介者： 間柄： 】
- 雑誌【赤ちゃんが欲しい・ジネコ・その他雑誌名： 】
- ホームページ【キーワード検索・不妊関連サイト・iタウンページ】
- その他【 】