

# 男性問診票

ご主人 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

職業・職種 \_\_\_\_\_

奥様 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

ご結婚されたのはいつですか? \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

妊娠期間 あり ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ) ・ なし 不妊期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

## ☆この問診票は当店のカウンセラー以外の目に触れることはございません☆

ご主人にお尋ねします。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血液型 \_\_\_\_\_ 型 Rh ( \_\_\_\_\_ )

※以下の質問に該当するものに○をつけて下さい。

### 性機能について

- ・ 性欲はありますか?      あり      ・      ない      ・ 勃起しますか?      する      ・      しない
- ・ 射精しますか?              する      ・      しない      ・ 性行為は大体1週間に \_\_\_\_\_ 回
- ・ 中折れしますか?            する      ・      しない
- ・ 禁欲はしますか?            2～3日      ・      1週間      ・      10日以上
- ・ 39度以上熱が出たことが    ある      ・      ない
- ・ 性病にかかったことが      ある (具体的に \_\_\_\_\_ )      ・      ない
- ・ 精液検査をうけたことが    ある      ・      ない

- ・ 男性不妊として治療を受けたことが    ある      ・      ない

※精液検査にあると答えた方はわかる範囲でご記入ください。

精液量 \_\_\_\_\_ ml      精子濃度 \_\_\_\_\_ 万/ml      運動率 \_\_\_\_\_ %  
直進運動率 \_\_\_\_\_ %      正常形態率 \_\_\_\_\_ %      白血球 \_\_\_\_\_ 万/ml  
SMI (精子自動性指数) \_\_\_\_\_

- ・ 以下の病気にかかったことがあれば○をつけて下さい。  
(      結核      ・      糖尿病      ・      おたふくかぜ      )
- ・ アレルギー体質または身体に合わない薬が    ある (薬品名 \_\_\_\_\_ )      ・      ない
- ・ タバコを      吸う      (      本 ×      年 )      ・      吸わない
- ・ お酒を      飲む      (      合 ×      年 )      ・      飲まない
- ・ 下着の種類は?      ボクサータイプ      ・      トランクスタイプ      ・      ブリーフタイプ
- ・ サウナや熱いお風呂が好きですか?      はい      ・      いいえ
- ・ 育毛剤を使用していますか?      はい      (      服用タイプ      ・      塗布タイプ      )      ・      いいえ

Memo