

精液検査問診票

- 氏名： _____ 年 月 日生まれ（ 歳）
- 住所： _____
- 電話番号：（ _____ ）
- 結婚の有無： 未婚/既婚（ _____ 年目）

精液検査ご希望の理由（ブライダルチェック/男性不妊の可能性）

<ブライダルチェック>→精液検査/精液検査+各種感染症（一部自費）

<男性不妊検査希望の方>

- 性交頻度はどれくらいですか？（週に _____ 回、月に _____ 回）
 - 性交時の勃起不全（ED）や射精障害はありますか？（はい/いいえ）
 - 不妊期間はどのくらいですか？（ _____ 年 _____ ヶ月）
 - 過去に精液検査を受けたことはありますか？（はい/いいえ）
 - はいの場合その結果を覚えていますか？
- （検査日 _____ 年 月 精子濃度 _____ x10⁶/ml・運動率 _____ %・正常形態率 _____ %）

既往歴・病歴

- 過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？
（あれば具体的に→ _____）
- 以下に当てはまる既往があれば○をつけてください。
（停留精巣/精索静脈瘤/ヘルニア/前立腺炎/おたふく風邪/梅毒/クラミジア）
- 抗がん剤治療を受けたことがありますか？（はい/いいえ）
- 現在、服用している薬はありますか？（はい/いいえ）
 - はいの場合、薬の名前と服用している理由をご記入ください。
- アレルギーはありますか？（はい/いいえ）
 - はいの場合、具体的にご記入ください。
- その他現在気になる症状はありますか？（例：陰嚢の腫れ、痛み、しこりなど）

生活習慣

- 喫煙の習慣はありますか？（いいえ/はい→ _____ 本/日 _____ 年間）
- 飲酒の習慣はありますか？（いいえ/はい→具体的に _____ /日 or 週 _____ 年間）
- サウナや長時間の入浴などの習慣はありますか？（はい/いいえ）
- その他、健康面で気をつけていることや、ストレスを感じることはありますか？

日付 _____ 年 月 日