

外来共通問診票

フリガナ お名前	様	男・女	歳	身長 cm	体重 Kg・g
生年月日： 年 月 日	ご職業：				
スタッフ記載欄	血圧 mmHg	脈拍 回/分	体温 ℃	O2SAT	%

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

☐なし ☐あり (診療所名：)

▼かかりつけの歯科医がありますか？

☐なし ☐あり (診療所名：)

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気がありますか？

☐なし
☐がん (歳) ☐喘息 (歳) ☐高血圧 (歳)
☐糖尿病 (歳) ☐心臓病 (歳) ☐肝臓病 (歳)
☐腎臓病 (歳) ☐脳卒中 (歳) ☐結核 (歳)
☐その他(病名：) (歳)
☐手術 (病名/手術名：) (歳)

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

☐なし
☐がん (続柄：) ☐喘息 (続柄：) ☐高血圧 (続柄：)
☐糖尿病 (続柄：) ☐心臓病 (続柄：)
☐腎臓病 (続柄：) ☐脳卒中 (続柄：)
☐その他(病名：) (続柄：)

▼薬のことについてお聞きします。

- ① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ ☐なし ☐あり
- ② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？
☐なし ☐あり ⇒ ☐抗生物質(薬品名：) ☐造影剤 ☐麻酔薬
☐その他 ()
- ③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬：ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？
☐いいえ ☐はい ⇒ 薬品名 ()

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

- ① お酒は飲みますか？
☐飲まない ☐時々飲む ⇒ ()を()杯/合/ml 週()日
☐毎日飲む ⇒ ()を()杯/合/ml
- ② タバコは吸いますか？
☐吸わない ☐吸う ⇒ 1日に()本 ()歳～
☐今は吸わない ⇒ ()～()歳まで 1日に()本()年間

お名前 : _____
生年月日 : _____

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ いつ頃受けましたか？ () 歳頃 ☐わからない

▼アレルギーについてお聞きます。

① 食物でアレルギーはありますか？

☐なし ☐あり ⇒ どんな食物ですか？ ()

② その他、アレルギーはありますか？

☐なし

☐花粉症 ☐ハウスダスト ☐金属 ☐ラテックス ☐その他 ()

▼せきは出ていますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ ☐いいえ ☐はい

② 2週間以上、せきが続いていますか？ ☐いいえ ☐はい

▼痛みについてお聞きます。からだの中で痛いところがありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

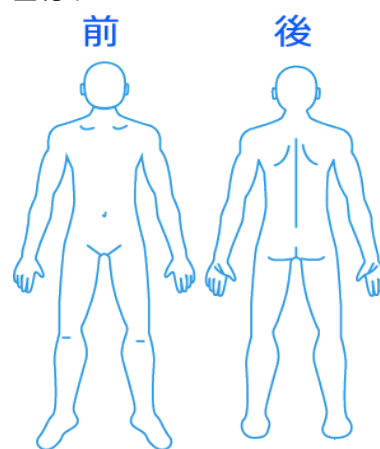
① 痛い場所はどこですか？

右図の該当する部位に○をつけてください。

② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？

該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

☐食事量の変化なし

☐食事量がおおよそ2/3に減った

☐食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

☐体重の減少に変化なし

☐1 kg～3 kgの体重の減少あり

☐3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

① いつ頃ですか？ () ヶ月前

② どのように転びましたか？

① いつ頃ですか？ () ヶ月前

② どのように転びましたか？

☐ふらついた ☐つまずいた ☐足がもつれた

☐その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

① いつですか？ () ～ ()

② どこへいきましたか？

()

▼女性の方にお聞きます。現在、妊娠中ですか？

☐はい ☐いいえ ☐わからない ☐授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

☐本人 ☐家族：お名前 () (続柄：)

☐その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きます。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

☐はい ☐悪い結果なら知りたくない ☐その他

▼この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい → 受診時期 () 月頃 / 指摘事項 ☐なし ☐あり ()

男性不妊症問診票

この問診票では、不妊症の診断や治療のため必要な事柄をお伺いします。

正確な記入をお願いします。個人的秘密は厳守いたします。

(1) 夫 氏名 _____ 歳 血液型 _____ 職業 (具体的に) _____
(身長 _____ cm 体重 _____ Kg)

(2) 妻 氏名 _____ 歳 血液型 _____ 職業 (具体的に) _____

(3) 結婚時の年齢 _____ 歳 (初婚 ・ 再婚 ・ 妻が再婚)

(4) 結婚日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 子供は (1. いる: _____ 人 _____ 歳 2. いない)

(5) 奥様は、流産・死産のご経験がありますか (1. ある: 流産・死産 2. ない)

(6) 子供を作りたいと思ったのは _____ 年 _____ ヶ月位前から

(7) おたふくかぜのかかったことはありますか

(1. ある _____ 歳 この時睾丸が、腫れた ・ 腫れなかった 2. ない)

(8) 停留睾丸の手術を受けたことがありますか (1. ある _____ 歳 左・右 2. ない)

(9) 陰嚢水腫の手術を受けたことがありますか (1. ある _____ 歳 左・右 2. ない)

(10) 睾丸の外傷を受けたことがありますか (1. ある _____ 歳 左・右 2. ない)

(11) パイプカットの手術を受けたことがありますか (1. ある _____ 歳 左・右 2. ない)

(12) 鼠径ヘルニアの手術を受けたことがありますか (1. ある _____ 歳 左・右 2. ない)

(13) 他に何か手術を受けたことがありますか

(1. ある _____ 歳 手術名: _____ 2. ない)

(14) 糖尿病などの大きな病気にかかったことがありますか

(1. ある _____ 歳 病名: _____ 2. ない)

(15) 性病にかかったことがありますか

(1. ある _____ 歳 病名: _____ 2. ない)

(16) 薬によるアレルギーはありますか

(1. ある _____ 歳 薬品名: _____ 2. ない)

(17) 現在、飲み続けている薬はありますか

(1. ある _____ 歳 薬品名: _____ 2. ない)

(18) 放射線治療を受けたことがありますか

(1. ある _____ 歳 病名: _____ 2. ない)

(19) 抗がん剤治療を受けたことがありますか

(1. ある _____ 歳 病名: _____ 2. ない)

- (20) タバコは吸いますか (1. 吸う 本／日 2. 吸わない)
- (21) ひげは毎日剃りますか (1. はい 2. いいえ 日に一度)
- (22) ご主人に兄弟・姉妹はいますか (1. いる： 人 2. いない)
- その兄弟・姉妹に子供はいますか (1. いる： 人 2. いない)
- (23) ご家族に遺伝的な病気はありますか
- (1. ある 歳 病名： 2. ない)
- (24) 性欲(性交をしたい、女性に触れたいといった欲望)はいかがですか

1. 正常にある
2. やや減退している
3. ほとんどない
4. 全くない

- (25) 勃起・性行為の時の勃起の状態はいかがですか

1. 勃起は正常で、性交可能である。持続力も良い
2. 勃起はするが、膣内の挿入するとすぐに萎縮してしまう
3. 勃起力が弱く、膣内への挿入は不可能である
4. どのような刺激をしても、全く勃起しない

- (26) 射精の状態はいかがですか

1. 射精はできる(精液量は正常)
2. 射精はできる(精液量は少ない)
3. 射精がない(オルガズム(絶頂感)はある)
4. 射精がない(オルガズム(絶頂感)はない)

- (27) 射精までの時間はいかがですか

1. かなり遅い
2. 遅い
3. 正常
4. かなり早い
5. 射精不能
6. 瞬間的に出てしまう

(28) オルガズム(絶頂感)はいかがですか

1. 十分にある
2. やや減退している
3. かなり減退している
4. 全くない

(29) ご夫婦の性交回数は月に何回くらいですか (回/月)

(30) 今までに精液検査を受けたことがありますか

(1. ある 病名 西暦 年 月頃)

(31) 奥様は、どこかの病院で治療を受けていますか

1. 受けている
2. 受けていた
3. 受けていない

治療内容を、具体的に記入してください

[]