

プレコンセプションケア外来（妊娠前相談外来）問診票【男性用】

記入日 年 月 日

| | | | |
|------------|--|-----------|-----------|
| フリガナ 氏名 | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 日 () 歳 |
| 身長・体重 | 身長 () cm | 体重 () kg | 職業 |
| パートナー（名前） | | | |
| 子どもの希望時期 | <input type="checkbox"/> すぐ <input type="checkbox"/> 半年～1年 <input type="checkbox"/> 2～3年 <input type="checkbox"/> 未定 | | |

◆ 本日の受診目的は何ですか？

- 将来に備えて健康状態をチェックしたい
- 持病や過去の既往症があり、子どもへの影響を知りたい
- 妊娠や健康に関する情報を知りたい
- 以前の妊娠で問題や不安があった
- その他 ()

◆ 希望する受診内容

- カウンセリングのみ
- 基本コース
- オプション検査：尿検査（淋菌＋クラミジア）、感染症検査（風疹・麻疹・ムンプス・水痘）、ホルモン検査（総テストステロン、遊離テストステロン、LH、FSH、PRL）

◆ 生活習慣について

| | | | |
|------|--|------|-----------|
| 喫煙 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 本/日 <input type="checkbox"/> 以前吸っていた | | |
| 飲酒 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日（種類や量：) | | |
| 食生活 | <input type="checkbox"/> 欠食あり <input type="checkbox"/> 外食が多い <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている | | |
| 運動習慣 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週 () 回 | 睡眠時間 | 平均 () 時間 |
| ストレス | <input type="checkbox"/> 感じている <input type="checkbox"/> あまり感じていない | | |

◆ 性生活や精子の質に関連する事項について

- ・ ED（勃起不全）や射精に関する悩みはありますか？
 - ない 時々ある ある
- ・ 射精の頻度はどのくらいですか？
 - 週に1回以上 数週間～月に1回程度 数か月に1回以下
- ・ 仕事や趣味で、長時間高温になる環境にいますか？
 - いいえ はい（長距離運転・サウナ・長風呂・膝上PC など）
- ・ 育毛剤やステロイド剤を使用していますか？
 - はい いいえ

◆ 既往歴について

| | |
|--------------|--|
| 病気 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア（脱腸） <input type="checkbox"/> 停留精巣 <input type="checkbox"/> 泌尿器系の病気 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく風邪）※思春期以降にかかった場合 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 手術 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（手術名： ） |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> クラミジア・淋菌 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> ヘルペス <input type="checkbox"/> 尖圭コンジローマ <input type="checkbox"/> B型/C型肝炎 <input type="checkbox"/> エイズ <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 現在服用中の薬・サプリ | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） |
| 家族歴（父母・兄弟姉妹） | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 遺伝性の病気 <input type="checkbox"/> 先天性の病気 |

◆ 検査・予防接種歴について

| | |
|-------------|--|
| 直近1年以内の健康診断 | <input type="checkbox"/> 受けた（異常なし・あり） <input type="checkbox"/> 未受診 |
| 風疹 | <input type="checkbox"/> 抗体あり <input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 麻疹 | <input type="checkbox"/> 抗体あり <input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 水痘・おたふく | <input type="checkbox"/> 抗体あり <input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 不明 |

◆ その他・相談内容（自由記述）

聞いておきたいこと、不安などがあればご記入ください。