

男性問診票（ご主人様をご記入ください）

I. 基本情報

氏名	身長	体重	血液型	Rh
----	----	----	-----	----

II. 仕事の状況について（お仕事されている方はお答えください）

①お仕事は忙しいですか

あまり忙しくない 普通 忙しい とても忙しい

②勤務にストレスを感じますか

強い あまりない ない

III. 病歴について

①現在、通院中野方はご記入ください

疾患名（ ） 病院名（ ）

②現在、内服している薬またはサプリメントはありますか

いいえ / はい（薬品名 ）

③アレルギーについて

①アレルギーはありますか	いいえ / はい	原因となるもの（ ）
		症状（ ）
②アルコール綿・ゴム製品のアレルギーはありますか	いいえ / はい	<input type="checkbox"/> アルコール綿（消毒） <input type="checkbox"/> ゴム製品
		症状（ ）
③薬（飲み薬や注射、歯科麻酔薬など）で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	医薬品名（ ） / 不明
		副作用（ ）

④これまでに下記のような病気にかかったことはありますか（重複可）

癌（ ） 結核 糖尿病 心疾患 高血圧 喘息
腎疾患 肝疾患 痛風 疾精神疾患 潰瘍性大腸炎
流行性耳下腺炎（おたふく風邪） 睾丸炎 副睾丸炎 停留睾丸 陰嚢水腫
精索静脈瘤 鼠径ヘルニア クラミジア 淋病 梅毒 B型肝炎
C型肝炎 その他（ ）

⑤手術や入院したことはありますか

いつ頃（ 年 月） 病名（ ） 病院名（ ）

⑥血縁の家族の中に何か特別な病気の方がいますか

いない / いる 続柄（ ）
遺伝病 高血圧 糖尿病 癌 精巣・精管・前立腺疾患
その他（ ）

⑦交通事故やスポーツなどで睾丸に損傷を受けたことがありますか

ない / ある（ 歳）左 / 右

⑧育毛剤内服薬（プロペシアなど）を使用していますか

してない / している（ 年 月頃～）

⑨放射線治療を受けたことがありますか

ない / ある（ 年 月 ～ 年 月）

⑩抗がん剤の投与を受けたことがありますか

ない / ある（ 年 月 ～ 年 月）

⑪お薬の処方の際、ジェネリック医薬品（先発医薬品と同等の効果・効能で低価格の医薬品）を希望されますか。※お薬によっては先発医薬品を処方する場合がございます。

いいえ / はい

IV. 日常生活の習慣について

睡眠時間は	<input type="checkbox"/> （ ）時間位 <input type="checkbox"/> 決まっていない
運動は	<input type="checkbox"/> 毎日する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> あまりしない
お酒は	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
喫煙は	<input type="checkbox"/> 吸う（1日 本） <input type="checkbox"/> 吸わない

V. 性生活について

	結婚した頃	現在
性欲	<input type="checkbox"/> 正常にあった <input type="checkbox"/> やや減退していた <input type="checkbox"/> ほとんどなかった <input type="checkbox"/> 全くなかった	<input type="checkbox"/> 正常にあった <input type="checkbox"/> やや減退していた <input type="checkbox"/> ほとんどなかった <input type="checkbox"/> 全くなかった
射精	<input type="checkbox"/> 腔内射精できた <input type="checkbox"/> 勃起不全 <input type="checkbox"/> 勃起はするが腔内射精できなかった	<input type="checkbox"/> 腔内射精できた <input type="checkbox"/> 勃起不全 <input type="checkbox"/> 勃起はするが腔内射精できなかった

①今までに勃起不全治療薬（バイアグラ・レビトラ）を使用したことがありますか

ない / ある → 今後も必要としますか : 必要 / 不必要

VI. マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか。（ する / しない ）

※同意されない場合は、下記内容の加算1が発生します。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算（初診時）加算1 3点
加算2 1点（マイナ保険証を利用した場合）

VII .その他、何かありましたらご自由にお書きください