

予診票

ご本人	ふりがな	生年月日 年 月 日生れ 歳	
	氏名	年 月 日生れ 歳	
	住所	(〒 -) 県 市・町・村	職業・職種
奥様	ふりがな	生年月日	
	氏名	年 月 日生れ 歳	
・ご結婚されたのはいつですか (平成 年 月) ・避妊期間 あり (期間: 年 カ月) ・なし ・不妊期間は (年 カ月)			
ご本人にお尋ねします ・身長 _____ cm 体重 _____ kg ・性欲はありますか <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・勃起しますか <u>する</u> ・ <u>しない</u> ・射精しますか <u>する</u> ・ <u>しない</u> ・性行為は 1カ月に大体 _____ 回 ・ <u>ほとんどない</u> ・39度以上の熱がでたことが <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・性病にかかったことが <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・睾丸を打って腫れたことが <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・睾丸を降ろす手術をしたことが <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・鼠径 (そけい) ヘルニアの手術経験 <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・睾丸の袋 (陰のう) に水が溜まったことが <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・他に入院・手術を要する病気にかかったことが <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・心臓または肺の病気が <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・右の病気にかかったことがあれば○をつけてください。 <u>結核</u> <u>糖尿病</u> <u>おたふくかぜ</u> ・ステロイド剤 (副腎皮質ホルモン) または精神科の薬を使ったことが <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・アレルギー体質または体に合わない薬が <u>ある</u> ・ <u>ない</u> ・タバコを <u>吸う</u> (本× 年) ・ <u>吸わない</u> ・お酒を <u>飲む</u> (週に _____ 回、種類: _____、量は1回あたり _____) ・ <u>飲まない</u> ・ <u>ごく少量</u> ・食欲は <u>ない</u> ・ <u>普通</u> ・睡眠は <u>悪い</u> (不足・眠れない・その他) ・ <u>普通</u> ・便秘は <u>悪い</u> (下痢・便秘・その他) ・ <u>普通</u> ・小便の回数は (大体) <u>寝る前まで _____ 回</u> 、就寝後 _____ 回 ・男性不妊で専門の病院を受診したことはありますか <u>はい</u> 病院名: _____ <u>いいえ</u> 通院期間: _____ 年 月 ~ _____ 年 月 ・精液検査を受けたことがありますか <u>はい</u> ・ <u>いいえ</u> (※検査結果をご持参ください) ・病院で男性不妊の原因について診断を受けていれば、該当する箇所に○をつけてください () <u>造精機能障害</u> 具体的に () <u>乏精子症</u> () <u>無精子症</u> () <u>精子無力症</u> () <u>奇形精子症</u> () <u>精索静脈瘤</u> () <u>停留精巣</u> () <u>染色体異常</u> () <u>精路通過障害</u> (閉塞性無精子症) () <u>性機能障害</u> 具体的に () <u>勃起障害</u> () <u>射精障害</u> () <u>ホルモン障害</u> 具体的に () <u>低ゴナドトロピン性性腺機能不全</u> () <u>高プロラクチン血症</u> () <u>テストステロン分泌低下</u> () <u>副性器の炎症</u> 具体的に () <u>副精巣炎</u> () <u>膿精子症</u> () <u>前立腺炎</u> () <u>精液過少症</u> : 精液量が少なく、基準値を下回っている () <u>その他</u> (_____) ・男性不妊の鍼灸治療を受けたことがありますか <u>はい</u> (治療院名 _____) ・ <u>いいえ</u>			

奥様についてお尋ねします

- ・妊娠したことが ある ・ ない
- ・流産したことが ある ・ ない
- ・現在まで、不妊症で専門の病院を受診しましたか はい ・ いいえ
- ・現在も通院中ですか はい ・ いいえ
- ・卵管の通過性の検査をしたことが ある (狭窄がある ・ 閉塞がある ・ 狭窄や閉塞はない) ・ ない
- ・フーナーテスト (性交渉後の子宮粘膜の精子の有無の検査) を した ・ していない
- ・フーナーテストでは精子が子宮にとどいていましたか はい ・ いいえ
- ・病院で女性不妊の原因について診断を受けていれば、該当する箇所に○を付けてください

奥様に不妊の原因はない

排卵障害 (排卵が起こらない、遅い)

具体的に 高プロラクチン血症 視床下部や下垂体性の排卵障害

早期卵巣不全 多嚢胞性卵巣症候群

卵管障害 (卵管に狭窄や閉塞がある)

子宮内膜症

着床障害 具体的に 子宮筋腫 子宮の形態的な原因 黄体機能不全

子宮頸管因子

抗精子抗体

その他の原因 (_____)

- ・以下の治療経験があれば○を付けてください。

タイミング療法 人工授精 体外受精 顕微授精

不妊の鍼灸治療 (治療院名: _____)