

セキールレディースクリニック 問診票 (男性用)

当てはまるものに☑または記入して下さい

<ご自身について>

記入年月日 平成_____年_____月_____日

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日	
氏名	() 歳	自宅Tel	() -	ご自宅はセキールの名前で連絡をしても構わないですか → <input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 困る			
住所	〒 - セキールの名前で郵便物等の送付をしても構わないですか → <input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 困る (「困る」を選択された方に郵送物がある場合は院長の 個人名にて送付させていただきます。予めご了承下さい。)	携帯Tel	() -	(携帯電話はセキールの名前で連絡させていただきます。 お持ちの方は必ず記入して下さい。)			
		アルコール	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い				
		喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 現在 本/日: 歳~現在まで <input type="checkbox"/> 過去 本/日: 歳~ 歳まで <input type="checkbox"/> 無				
職業							
血液型	() 型 Rh ()	身長・体重	() cm ・ () kg				
性交で悩みがありますか	<input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ						

<妻またはパートナーについて>

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名	() 歳	職業				
		喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

来院された理由	<input type="checkbox"/> 子供が欲しい <input type="checkbox"/> その他(詳しく記入をしてください) ()					
病気・手術について	病気になったことはありますか <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 精神神経疾患 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> いいえ					
	現在治療している病気はありますか <input type="checkbox"/> はい → (病名) (通院している病院 【 科】) <input type="checkbox"/> いいえ					
	血縁者に病気の方はいますか <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 高血圧(誰が) <input type="checkbox"/> 糖尿病(誰が) <input type="checkbox"/> ガン(誰が) <input type="checkbox"/> 結核 (誰が) <input type="checkbox"/> その他(誰が 何に) <input type="checkbox"/> いいえ					
	手術を受けたことはありますか <input type="checkbox"/> はい → (手術名)(病院) (時期 昭和・平成 年 月 日: 歳頃) <input type="checkbox"/> いいえ					
薬・アレルギーについて	現在常用している薬はありますか <input type="checkbox"/> はい → (薬品名) <input type="checkbox"/> いいえ					
	アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> はい → (何でどんな症状) <input type="checkbox"/> いいえ					

《次ページに続く》

不妊治療を希望されている方は記入をして下さい

今までに医師から不妊原因について説明があった方は記入をして下さい

今後の治療についてどのような希望がありますか

- タイミング治療を中心に治療を進めたい
- 体外受精を中心に治療を進めたい
- その他 ()
- 人工授精を中心に治療を進めたい
- なるべく保険の範囲内で治療を進めたい

妻またはパートナーは今後の治療に対してあなたと同じ希望を持っていますか

- はい
- いいえ → 妻またはパートナーの希望を記入して下さい

()

今までに不妊の検査を受けたことはありますか

はい →

検査名	病院	時期	検査結果
精液検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()
ペニス・睾丸の検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()
染色体検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()
免疫学的検査 (抗精子抗体検査等)		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()
ホルモン(内分泌)検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()
逆行性射精の検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()
その他		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()

いいえ

今までに不妊治療を受けたことはありますか

- はい → 薬物療法 (漢方 ・ クロミッド ・ HMG ・ HCG)
- タイミング療法
- 人工授精(AIH)
- 体外受精(IVF-ET)
- 顕微授精(ICSI)
- 精巣内精子回収法(TESE)
- その他 ()

いいえ

今までに不妊治療の副作用で困ったことはありますか

- はい → 薬品 (何で)
- (どんな症状)
- 治療 (何で)
- (どんな症状)

いいえ

上記以外の希望・質問・不安なことなどご自由に記入して下さい (薬、費用、妻・パートナーについて 等)

問診票

遺伝性乳がん・卵巣がん / リンチ症候群(大腸がん、子宮体がんなどの多重がん)に関する質問です。
遺伝性乳がん・卵巣がんは女優のアンジェリーナ・ジョリーさんが予防的乳房切除をしたことで話題となった病気です。

ID : _____ 氏名 : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

母方、父方それぞれの家系について、以下の質問にお答えください。ご自身を含めたご家族の中に該当する方がいらっしゃる場合に、該当する項目にを付けてください。

- | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ・ 40歳未満で乳がんを発症された方がいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ 年齢を問わず卵巣がん(卵管がん、腹膜がん含む)を発症された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ お一人の方が時期を問わず原発乳がんを2個以上発症したことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ 男性の方で乳がんを発症された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ ご本人を含め乳がんを発症された方が3名以上いらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ トリプルネガティブの乳がんと診断された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ BRCAの遺伝性変異が確認された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |

上記の質問に一つでも該当する項目があれば、あなたが遺伝性乳がん・卵巣がんである可能性は一般よりも高いと考えられます。

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ・ 血縁者がリンチ症候群関連がん(大腸がん、子宮体がん、腎がん、尿管がん、小腸がん、卵巣がん)と診断された方が、少なくとも3人いらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ ご自身を含め50歳未満で大腸がんを発症された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |

上記2項はリンチ症候群に関連した問診です。

当院では詳しいリスク評価及び情報提供などの遺伝カウンセリングを受けることが可能です。その結果で、ご希望の方は遺伝性乳がん、卵巣がんやリンチ症候群を確認するための遺伝子検査を採血により行うことができます。
費用などの詳しい情報は外来にてご確認ください。

ご質問、気になることなどがございましたら、ご自由にご記入ください。

.....

.....

.....