

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 または記入をしてください。

<ご自身について>

記入年月日 令和 ____年 ____月 ____日

フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
氏名	(歳)	電話番号	携帯番号 () - 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をしてください。
住所	〒 - ※妻またはパートナーと住民票の住所が、 <input type="checkbox"/> 同じである <input type="checkbox"/> 異なる → 理由 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他 セキールの名前で郵便物などの送付をしても構いませんか → <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。予めご了承ください。)		その他連絡先がある方はご記入ください。※任意 自宅 ・ その他() () -
職業	出張の有無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 国外 <input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 無	アルコール	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い
血液型	() 型 Rh ()	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
E-mail	() cm ・ () kg		

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・令和 年 月 日
氏名	(歳)	職業	
		喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

<結婚について>

結婚 (入籍日:平成・令和 年 月 日: 歳) 予定 (令和 年 月 日: 歳)
 未婚 事実婚

<来院された理由>

<input type="checkbox"/> 子供が欲しい	<input type="checkbox"/> 二人目以降希望	<input type="checkbox"/> 男性不妊症の詳しい話をしたい
<input type="checkbox"/> 男性不妊症の原因を知りたい	<input type="checkbox"/> 今後の治療について悩んでいる	<input type="checkbox"/> 染色体検査をしたい
<input type="checkbox"/> 心理カウンセリングを受けたい	<input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングを受けたい	
<input type="checkbox"/> 医学的適応による精子凍結		
<input type="checkbox"/> その他		

<性交について>

月に何回くらい	<input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 1~3回 <input type="checkbox"/> 4回以上
性交痛	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

<病気・手術・アレルギーについて>

病気・症状を指摘されたことはありますか

- はい
- 糖尿病
- 高血圧
- 心臓病
- 狭心症
- 心筋梗塞
- 不整脈
- 血栓症
- 胃潰瘍・十二指腸潰瘍
- 性病
- 精神神経疾患
- 甲状腺疾患
- 脳出血
- 脳梗塞
- 結核
- 痔(継続する出血：有 無)
- 喘息

発症：	年	月	最終発作：	年	月
治療歴：					
使用薬剤：					
- その他()
- いいえ

現在治療している病気はありますか

- はい 病名()
- 通院している病院(【 科】)
- いいえ

血縁者に病気の方はいますか

- はい
- 高血圧(誰が)
- 糖尿病(誰が)
- ガン(誰が)
- 結核(誰が)
- 脳出血(誰が)
- 脳梗塞(誰が)
- 心筋梗塞(誰が)
- その他(誰が 何に)
- いいえ

手術を受けたことはありますか

- はい 手術名() 病院()
- 時期(昭和・平成・令和 年 月 日 歳頃)
- いいえ

現在常用している薬はありますか(サプリメント含む)

- はい 薬品名()
- いいえ

アレルギーはありますか

- はい 何で()
- どんな症状()
- いいえ

アルコール消毒：可 不可 イソジン消毒：可 不可 ラテックス手袋：可 不可

不妊治療を希望されている方は記入してください

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してください

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

人工授精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

なるべく保険の範囲内で治療を進めたい

その他()

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ください

()

今までに不妊の検査を受けたことがありますか

はい

検査名	病院	時期	検査結果
精液検査		平成 令和 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
ペニス・睾丸 の検査		平成 令和 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
染色体検査		平成 令和 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 令和 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
ホルモン (内分泌) 検査		平成 令和 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
逆行性射精 の検査		平成 令和 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
その他		平成 令和 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()

いいえ

セキールレディースクリニック 問診票（初診時マイナ保険証用）

当てはまるものに☑または記入をして下さい。

記入年月日令和_____年_____月_____日

フリガナ
氏名：_____

生年月日：☐昭和・☐平成・☐令和 _____年_____月_____日

1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

☐いいえ(加算 6 点)

☐はい(加算 2 点)

2. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

☐いいえ(紹介状 無…加算 6 点/有…加算 2 点)

☐はい(加算 2 点)

3. 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

⇒ 受診日_____年_____月

⇒ 指摘事項(_____)

<4 と 5 は女性の方のみお答え下さい>

4. 現在妊娠していますか。

☐いいえ

☐はい

⇒ 妊娠(_____週)

☐妊娠の可能性がある

5. 現在授乳中ですか？

☐いいえ

☐はい

<6～8 は漢方外来受診の方のみお答え下さい>

6. 現在、他の医療機関に通院していますか。

☐いいえ

☐はい

⇒ 病院名(_____)病名(_____)

7. 現在常用している薬はありますか(サプリメント含む)

☐いいえ

☐はい

⇒ 薬品名(_____)

8. これまでに薬や食品などでアレルギーをおこしたことがありますか。

☐いいえ

☐はい

⇒ 何で(_____)

⇒ 症状(_____)

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お願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算 1…6 点 / 加算 2…2 点