

【問診票（男性用）】 診察の前にこれを書いて担当医と話をしてみましょう。答えにくい問いには答えなくて良いです。

基礎情報

- ・職業 ☐会社員 ☐自営業 ☐学生 ☐その他_____
- ・20歳時の体重_____kg
- ・睡眠時間_____時～_____時
- ・食事時間 朝食_____時ごろ ☐不規則に食べる 間食_____時ごろ ☐不規則に食べる
 昼食_____時ごろ ☐不規則に食べる 夜食_____時ごろ ☐不規則に食べる
 夕食_____時ごろ ☐不規則に食べる
- ・病気や手術歴

いずれかに○	年齢	病名(具体名)	治療内容/手術方法
病気 ・ 手術	才		
病気 ・ 手術	才		
病気 ・ 手術	才		

- ・常用している薬剤・サプリメント・漢方など

薬の名前	いずれかを選んでください	薬の名前	いずれかを選んでください
	<input type="checkbox"/> 才頃から <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 才頃から <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 才頃から <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 才頃から <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 才頃から <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 才頃から <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 才頃から <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 才頃から <input type="checkbox"/> 不明

- ・ご自身が生まれた際の週数と出生体重 _____週 _____g

ご家族の健康状態について伺います

- ・3親等内（親や兄弟姉妹、子ども、祖父母、孫、叔父叔母）に下記の疾患の方はいらっしゃいますか
☐先生性疾患・遺伝性疾患 ☐二分脊椎症・髄膜瘤
- ・現在または亡くなられた方のご年齢と病名をご記入ください

続柄	死亡	年齢	病名(具体的に)
父	<input type="checkbox"/>	才	
母	<input type="checkbox"/>	才	
兄弟姉妹(男・女)	<input type="checkbox"/>	才	
兄弟姉妹(男・女)	<input type="checkbox"/>	才	

結婚についてお伺いします。

- ・ 現在結婚されていますか？（事実婚も含みます） ☐ はい ☐ いいえ
- ・ 挙児を希望してからの期間はどれくらいですか？ _____

感染症・ワクチン歴

- ・ 感染症の既往歴 ☐ B 型肝炎 ☐ C 型肝炎 ☐ HIV
☐ 性感染症 _____ ☐ その他 _____
- ・ 予防接種歴（抗体の有無でも可） ☐ 風疹 ☐ 麻疹 ☐ 水痘 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ インフルエンザ
☐ 百日咳 ☐ B 型肝炎 ☐ その他 _____

ライフスタイルについてお伺いします

- ・ 喫煙 ☐ 吸う 1 日 _____ 本 _____ 年間 ☐ 吸わない
- ・ 飲酒 ☐ 飲む 週に _____ 日 1 回あたり _____ を _____ 杯・本
- ・ アレルギー ☐ ある _____ ☐ なし

体重・運動習慣についてお伺いします

- ・ 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____
- ・ 運動習慣 定期的な運動習慣（週 60 分以上の運動や週 2 - 3 日の筋トレ） ☐ ある ☐ なし

メンタルヘルスと環境

- ・ 日常的にストレスを抱えていますか？そのストレスはどのようなストレスですか？
☐ 職場ストレス ☐ 経済的ストレス ☐ 家庭内ストレス ☐ パートナーとの関係 ☐ 該当なし
- ・ パートナーや配偶者からの身体的・精神的な暴力を受けた経験はありますか？
☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない
- ・ 日常的に連絡を取る人はいますか？ ☐ 家族・親戚 ☐ 友人・知人 ☐ いない
- ・ 困った時に相談できる人はいますか？ ☐ いる ☐ いない ☐ わからない

リプロダクティブヘルス

- ・ 今後 1 年以内に子供が欲しいですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない