

【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。答えにくい問い合わせ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

いざれかに○	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	いざれかを選んでください	薬の名前	いざ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

継柄	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