

Date of consultation 受診日 : _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

Sendai ART Clinic: Patient Information (for Male) 問診票（男性用）

We would use the information below for the purposes of medical service and the administration only.

The information would not be provided to any other third parties.

当院では、ご提供頂いた個人情報（こじんじょうほう）は医療サービスの提供・医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきます。
したがって患者様の個人情報（かんじやさま こじんじょうほう）が外部に漏れることはありません。

Name 氏名（ふりがな） _____ Nationality 国籍（こくせき） _____
Date of birth 生年月日（せいねんがっぴ） _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日 _____ years old 才（さい）
Address 住所（じゅうしょ） _____
Phone number : Home (自宅)（じたく） _____ Cell (携帯)（けいたい） _____
Email address メールアドレス _____

*We will contact you when needed / in a case of emergency. Please write them clearly.

※災害時・緊急時など、どうしても連絡が必要な場合に使用します。正確にご記入ください。（さいがい じ きんきゅう じ れんらく ひつよう ばあい しょう せいさく きにゅう）

*Would it be okay to contact you with the name of our clinic? ☐ YES はい / ☐ NO いいえ

※当院より電話・郵送で連絡する場合、病院名を告げてもよろしいですか。（とういん でんわ ゆうそう れんらく ばあい びょういんめい つ）

◎Please check ☒ all the applicable ones and put your information in the blank space.

あてはまる箇所（かしよ）に☑をつけ、必要事項（ひつようじこう）をご記入ください（きにゅう）

1. Height 身長（しんちよう） _____ cm / _____ ft _____ in ■Weight 体重（たいじゅう） _____ kg / _____ lb BMI: _____
Blood Type 血液型（けつえきがた） (_____) 型 Rh (+ -)

2. Marriage history

Married? 結婚していますか? Yes: age at 結婚年齢: _____ years old/歳 (_____ year 年 _____ month 月) No: engaged 婚約中 (planned marriage date 入籍時期: _____ month 月) No: common-law marriage 事実婚		
Have you been divorced? 離婚歴はありますか?	Yes (_____ times 回)	No
Has your wife or partner been pregnant? 奥様またはパートナーが妊娠したことはありますか?	Yes Wife (_____ times 回) Ex-wife (how many: _____ 人 / age: _____ years old 歳) Ex-partner (how many: _____ 人 / age at: _____ years old 歳)	No
How long have you been trying to be pregnant? お子様を希望してからの期間は?	From _____ year/ _____ month	No

3. Reproductive function 性機能について

Sexual desire 性欲について	Normal 普通	A little 少ない	None なし
Sexual intercourse 性交渉について	Normal 普通にできる (times 回/a month 月)		Not easy 困難
First sexual intercourse 初めての性交渉はいつですか？	Age at: years old 歳		
Is your wife cooperative for having sexual intercourses? 奥様の性行為の協力度はありますか？	Cooperative 協力的	Uncooperative 非協力的	Not which どちらでもない
Does your wife have dyspareunia? 奥様の性交痛の訴えはありますか？	Yes	No	
Is there any change of erection? 勃起の変化はありますか？	はい ()		いいえ
Is there the change of erection in the early morning? 早朝の勃起(朝だち)に変化はありますか？	はい ()		いいえ
When did you have first wet dream? 初めて夢精したのはいつですか？	Age at: years old 歳		
Do you ejaculate it in vagina? 膣内で射精しますか？	Yes はい	No いいえ (from what age いつ頃から: Years old 歳)	
Do you ejaculate it by masturbation? マスターベーションで射精しますか？	Yes はい	No いいえ (from what age いつ頃から: Years old 歳)	
Is there the ejaculatory pleasant feeling (orgasm)? 射精の快感(絶頂感)はありますか？	Normal	weak 弱い	None ない
How much is the frequency of the current masturbation? 現在のマスターベーションの頻度はどのくらいですか？	times 回/a week 週		
What is the method? その時の方法は何ですか？	By hand 手	others その他: ()	
Does your hair become thin? 体毛が薄くなっていますか？	Yes はい (from when いつ頃から:)		No いいえ
Do testes (testicles) become small? 精巣(睾丸)が小さくなっていますか？	Yes はい (from when いつ頃から:)		No いいえ
Have you had a semen analysis before? 精液検査を受けたことがありますか？	Yes はい (date of the test 検査日: year 年 month 月頃)		No いいえ
Have you had a male sub-fertility treatment before? 男性不妊の治療を受けたことがありますか？	Yes はい (name of the facility 病院名:)		No いいえ

4. Lifestyle 生活習慣について

Do you smoke? 喫煙の習慣はありますか？	Yes はい (how many /day) Began to smoke at what age 喫煙開始年齢: (years old 歳)	No いいえ
Do you drink alcohol? お酒は飲まれますか？	Yes はい (what kind 種類: how much 量:) (everyday 毎日 • occasionally 時々)	No いいえ

5. Medical history 病歴について

Have you had the diagnosis or surgeries below? (Please circle if any)

下記のような症状・病気・手術などしたことがありますか (○で記入)

* ○をつけられた方は、いつ頃どのような治療をされたのかご記入ください。(手術、入院など)

Fever over 39°C 39 度以上の発熱	(age at: 歳頃)	asthma 喘息	(age at: 歳頃)
Sexually transmitted infection 性病	(age at: 歳頃)	High-blood pressure 高血圧	(age at: 歳頃)
Undescended testis repair surgery 睪丸を降ろす手術	(age at: 歳頃)	Lung disorder 肺疾患 Heart disease 心臓病	(age at: 歳頃) (age at: 歳頃)
Inguinal hernia そ径ヘルニア(脱腸)の手術	(age at: 歳頃)	Hyperlipidemia 高脂血症	(age at: 歳頃)
Swollen testicle by hitting 睪丸を打って腫れた	(age at: 歳頃)	Hyperuricemia 高尿酸血症	(age at: 歳頃)
Mumps おたふくかぜ Did you have swollen testicle then? right・left・both・unknown その時精巣(睪丸)が腫れましたか？右・左・両側・なし・不明	(age at: 歳頃)	Kidney disorder 腎臓病	(age at: 歳頃)
		Hepatitis B B 型肝炎	(age at: 歳頃)
Water found in the scrotum (Hydrocele) 睪丸のふくろ(陰嚢)に水が溜まった	(age at: 歳頃)	Hepatitis C C 型肝炎	(age at: 歳頃)
Disease which requires hospitalization or surgery その他入院、手術を要する病気	(age at: 歳頃)	Tuberculosis 結核	(age at: 歳頃)
Others その他:	(age at: 歳頃)	Cancer 癌	(age at: 歳頃)

6. Oral medicines 内服している薬について

Propecia プロペシア	Yes はい (from when:)	No いいえ
Zagallo ザガーロ	Yes はい (from when:)	No いいえ
Any other medicines?	Yes はい (what kind: from when:)	No いいえ
Any supplements?	Yes はい (what kind: from when:)	No いいえ

7、Allergies アレルギーについて

Any allergies?	Yes はい (what kind: from when:)	No いいえ
----------------	---------------------------------	--------

8、Occupation 職業について

Occupation 職業					
Have you been exposed on your job? (Please circle if any)					
職業上、曝露されたことがある環境がありますか？（○で囲んでください。複数回答可）					
Lead 鉛	Zinc 亜鉛	Arsenic ヒ素	Carbon monoxide 一酸化炭素	Cadmium カドミウム	Hot environment 高温環境
Cold environment 低温環境	Radioactivity 放射能	Electromagnetic wave 電磁波	Insecticide 殺虫剤	Weed killer 除草剤	Lack of oxygen 酸素不足の状態

9、Consultation 診察について

Do you refuse to take one of these medical performance (blood transfer/transfusion/medicines) by some religion reason? 当院の医療行為の一部（輸血・輸液・薬など）を、宗教上またはその他の理由により拒否しますか？	Yes はい (reason 理由:)	No いいえ
---	-------------------------	--------

*上記についての考えが変わった場合は、いつでも申し出てください

Have you had abnormal condition by blood drawing, injection, medicines, testing, and treatment? 採血・注射・薬・検査・治療によって気分が悪くなることはありますか	Yes はい (what kind:)	No いいえ
---	-------------------------	--------

If you have had diagnosis or sterile treatment at another facility, please fill it out in detail. 今まで他院で不妊の治療を受けてきた方は、治療並びに不妊の原因は何だと言われているか具体的に詳しく記入してください。	
--	--

Please fill it out if you have any request on the treatment or to a doctor at our clinic. 仙台 ART クリニックで希望されている治療、または医師に伝えたいことがあれば記入して下さい。	
--	--

【Please circle each applicable one about your condition over the past six months. 】

【ここ6ヶ月の状態について、当てはまるものの番号にそれぞれ○をしてください。】

1. How do you rate your confidence that you could get and keep an erection?

勃起してそれを維持する自信はどの程度ありましたか

1	2	3	4	5
Very low 非常に低い	Low 低い	Moderate 中くらい	High 高い	Very high 非常に高い

2. When you had erections with sexual stimulation, how often were your erections hard enough for penetration?

性的刺激によって勃起した時、どれくらいの頻度で挿入可能な硬さになりましたか

0	1	2	3	4	5
No sexual stimulation 性的刺激はなかった	Hardly/Never ほとんど、又は全くならなかった	Occasionally/Rarely たまになった(半分よりかなり低い頻度)	Sometimes 時々なった(ほぼ半分の頻度)	Most times しばしばなった(半分よりかなり高い頻度)	Almost/Always ほぼいつも、又はいつもなった

3. During sexual intercourse, how often were you able to maintain your erection after you had entered your partner?

性交の際、挿入後にどれくらいの頻度で勃起を維持できましたか

0	1	2	3	4	5
Did not try 性交を試みなかった	Hardly/Never ほとんど、又は全く維持できなかった	Occasionally/Rarely たまに維持できた(半分よりかなり低い頻度)	Sometimes 時々維持できた(ほぼ半分の頻度)	Most times しばしば維持できた(半分よりかなり高い頻度)	Almost/Always ほぼいつも、又はいつも維持できた

4. During sexual intercourse, how difficult was it to maintain your erection to completion of intercourse?

性交の際、性交を終了するまで勃起を維持するのはどれくらい困難でしたか

0	1	2	3	4	5
Did not try 性交を試みなかった	Extremely difficult 極めて困難だった	Very difficult とても困難だった	Difficult 困難だった	Slightly difficult やや困難だった	Not difficult 困難でなかった

5. When you attempted sexual intercourse, how often were you satisfied?

性交を試みた時、どれくらいの頻度で性交に満足できましたか

0	1	2	3	4	5
Did not attempt 性交を試みなかった	Hardly/Never ほとんど、又は全く満足できなかった	Occasionally/Rarely たまに満足できた(半分よりかなり低い頻度)	Sometimes 時々満足できた(ほぼ半分の頻度)	Most times しばしば満足できた(半分よりかなり高い頻度)	Almost/Always ほぼいつも、又はいつも満足できた

■22～25: 正常

■17～21: 軽症

■12～16: 中等・軽症

■8～11: 中等症

■5～7: 重症

木元康介ほか : 日本性機能学会雑誌 24(3) : 295,2009[L20100303191]より改変