

Sendai ART Clinic Patient Information (for Male)

仙台 ART クリニック問診票 (男性用)

Fields marked with * are mandatory. *の項目は必須です

Basic Information	The patient's personal information and consultation details will be managed appropriately in accordance with the clinic's Guidelines on the Provision of Patient Information. Please answer the following basic information and questions. 患者さまの個人情報や相談内容等は、当院の「患者情報の提供等に関する指針」に基づき適切に管理させていただきます。下記の基本情報および問診についてお答えください。
	*Stated on 記載日 ____Year年 ____Month月 ____Day日 Patient ID 診察券番号_____
	*Name 氏名 _____ *Nationality 国籍_____
	*Date of Birth 生年月日 ____Year年 ____Month月 ____Day日
	*Occupation (specifically)職業 (具体的に)
	*Postal Code 郵便番号
	*Address 住所
	*Mobile #携帯_____ Home Phone#自宅_____
	※If we contact you by phone or mail, may we mention the name of the Clinic? 当院より電話・郵送で連絡する場合、病院名を告げてよろしいですか *(<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ)
	*Email Address メールアドレス
	*Height 身長____cm/____ft____in *Weight 体重____kg/____lb
	*Blood Type 血液型 ____ Rh + / -
	Part 1
	*Smoking 喫煙歴: <input type="radio"/> None なし <input type="radio"/> In The Past 過去にあり <input type="radio"/> Yes あり (____pc(s)/day 本/日, Since____years old 喫煙開始年齢)
	*Drinking 飲酒: <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり (type of alcohol: _____を qty: _____ml 程度 <input type="radio"/> Everyday 毎日 <input type="radio"/> Occasionally 時々)
Part 2	Marriage Status 結婚歴について
	*Do you have a partner? パートナー <input type="radio"/> Yes あり <input type="radio"/> No なし
	<input type="radio"/> Legally married 既婚: Registered date 婚姻届け提出日 ____Year年 ____Month月 ____Day日, Your age of 結婚時の年齢 ____y.o.
	<input type="radio"/> Common-law marriage 事実婚: Since いつ頃から ____Year年 ____Month月 ____Day日 Living together(<input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり) <input type="radio"/> Single 未婚
Part 3	Divorce History 離婚歴について
	*Do you have any divorce history? 離婚歴 <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
Part 4	*Do you wish to have a child at this moment? 現時点でお子様を希望されていますか

	<input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
Part 5	<p>*Has your wife (partner) ever been pregnant before? 妻（パートナー）が妊娠したことはありますか</p> <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
Part 6	<p>Medical History 既往歴について</p> <p>*Have you had any diseases listed below? 今までにかかった病気はありますか</p> <input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
	<input type="checkbox"/> Undescended testis repair surgery 停留睾丸（睾丸を下す手術） Diagnosis 病名: Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察 Age 歳_____
	<input type="checkbox"/> Inguinal hernia 鼠経ヘルニア Diagnosis 病名: Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察 Age 歳_____
	<input type="checkbox"/> Sexually transmitted infection 性病 Diagnosis 病名: Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察 Age 歳_____
	<input type="checkbox"/> Fever over 39°C (102.2°F) 39°C以上の発熱 Diagnosis 病名: Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察 Age 歳_____
	<input type="checkbox"/> Mumps おたふく風邪 Diagnosis 病名: Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察 Age 歳_____ <p>Did you have swollen testicle then? その時、精巣（睾丸）は腫れましたか？</p> <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり（ <input type="radio"/> Both 両側 <input type="radio"/> Right 右 <input type="radio"/> Left 左 <input type="radio"/> Unknown 不明） Age 歳_____
	<input type="checkbox"/> Cancer がん Diagnosis 病名: Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察 Age 歳_____
	<input type="checkbox"/> Asthma 喘息 Diagnosis 病名: Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察 Age 歳_____
	<input type="checkbox"/> Hepatitis B B型肝炎 Clinic/Hospital 病院名:

	<p><input type="radio"/>Recovered 治癒 <input type="radio"/>Under treatment 治療中 <input type="radio"/>Observation 経過観察 Age 歳_____</p> <p><input type="checkbox"/>Hepatitis C C型肝炎 Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/>Recovered 治癒 <input type="radio"/>Under treatment 治療中 <input type="radio"/>Observation 経過観察 Age 歳_____</p> <p><input type="checkbox"/>Chlamydia クラミジア Diagnosis 病名: Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/>Recovered 治癒 <input type="radio"/>Under treatment 治療中 <input type="radio"/>Observation 経過観察 Age 歳_____</p> <p><input type="checkbox"/>Syphilis 梅毒 Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/>Recovered 治癒 <input type="radio"/>Under treatment 治療中 <input type="radio"/>Observation 経過観察 Age 歳_____</p> <p><input type="checkbox"/>HIV(AIDS)エイズ Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/>Recovered 治癒 <input type="radio"/>Under treatment 治療中 <input type="radio"/>Observation 経過観察 Age 歳_____</p> <p><input type="checkbox"/>Gonorrhea 淋病 Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/>Recovered 治癒 <input type="radio"/>Under treatment 治療中 <input type="radio"/>Observation 経過観察 Age 歳_____</p> <p><input type="checkbox"/>Have you had a blood transfusion before?輸血をしたことがありますか <input type="radio"/>No なし <input type="radio"/>Yes あり</p> <p><input type="checkbox"/>Others その他 (hospitalization 入院/surgery 手術) Diagnosis 病名: Clinic/Hospital 病院名: <input type="radio"/>Recovered 治癒 <input type="radio"/>Under treatment 治療中 <input type="radio"/>Observation 経過観察</p>
Part 7	<p>Allergy アレルギーについて</p> <p>*Do you have any allergy? アレルギーはありますか <input type="radio"/>No なし <input type="radio"/>Yes あり</p>
Part 8	<p>On going medical treatment 現在治療中の病気について</p> <p>*Do you have any disease currently under treatment? 現在治療中の病気はありますか <input type="radio"/>No なし <input type="radio"/>Yes あり</p>
Part 9	<p>Have you taken the oral medicines listed below? 下記の薬剤を内服していますか</p> <p>*Propecia プロペシア (incl. generic product ジェネリック含む) <input type="radio"/>No なし <input type="radio"/>Have taken before 過去にあり (how long 内服時期_____year 年_____month ヶ月) <input type="radio"/>Yes あり (since 開始時期_____year 年_____month 月～)</p> <p>*Zagallo ザガーロ (incl. generic product ジェネリック含む) <input type="radio"/>No なし <input type="radio"/>Have taken before 過去にあり (how long 内服時期_____year 年_____month ヶ月) <input type="radio"/>Yes あり (since 開始時期_____year 年_____month 月～)</p>
Part 10	<p>*Reproductive function 性機能について</p> <p>*First nocturnal emission 初回夢精_____y.o.歳</p>

	<p>○ None なし ○ Don't know わからない</p> <p>*First masturbation age at 初回マスターベーション _____y.o.歳</p> <p>*Method/Frequency of the current masturbation 現在のマスターベーション方法・頻度</p> <p>○ None なし ○ By hand 手 ○ Others その他 _____times 回/week 週*</p> <p>*First sexual intercourse 初回性交渉 age at _____y.o.歳</p>
Part 11	*Sexual intercourse 性交渉について ○Possible できる ○Not easy できない
Part 12	*Change of erection 勃起の変化 ○No なし ○Yes あり
Part 13	<p>*Is your wife cooperative for having sexual intercourses? 妻（パートナー）の性交時の協力はありますか</p> <p>○Cooperative 協力的 ○Uncooperative 非協力的 ○Not which どちらでもない</p>
Part 14	<p>*Have you taken chlamydia test within 1 year? 1年以内にクラミジアの検査を受けていますか ○No なし ○Yes あり</p> <p>*Do you have any family members who have genetic diseases which can be a cause of infertility? 血縁者の中に不妊の原因となる、遺伝的な病気の方はいますか ○No いない ○Yes いる</p> <p>*Do you have any family members who have the diseases below? 血縁者の中に下記の病気の方はいますか ○No いない ○Yes いる</p> <p><input type="checkbox"/>cancer がん <input type="checkbox"/>diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/>high-blood pressure 高血圧 <input type="checkbox"/>others その他</p>
Part 15	<p>*Have you had a semen analysis before? 精液検査を受けたことはありますか ○No いいえ ○Yes はい</p>
Part 16	<p>*Have you had any sub-fertility consultation (urology) before? 男性不妊（泌尿器科）の診察を受けたことはありますか ○No なし ○Yes あり</p>
Part 17	<p>*Have you had any sub-fertility treatment at other medical facility before? 他院で不妊治療を受けたことはありますか ○No なし ○Yes あり</p>
Part 18	<p>*What treatment are you expecting at our clinic? (multiple answers allowed) 当院で希望する治療（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/>preconception test プレコンセプション検査 <input type="checkbox"/>timing method タイミング治療 <input type="checkbox"/>IUI 人工授精</p> <p><input type="checkbox"/>IVF/ICSI 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/>frozen embryo transfer 凍結胚移植</p> <p><input type="checkbox"/>others, please specify その他具体的に</p>
Part 19	<p>*Are there any medical procedures which you must deny for your personal reasons such as religion? 宗教上などの理由により、受けられない医療行為はありますか ○No なし ○Yes あり</p>
Part 20	<p>*Have you ever felt unwell after receiving blood drawing, injection, or other tests? 採血、注射、検査などで気分が悪くなったことはありますか ○No なし ○Yes あり</p>
Part 21	<p>*Is there anything you wish to inform our doctors? 当院医師に伝えたいことはありますか ○No なし ○Yes あり</p>