

男性健康外来を受診された患者様へ(1枚目)

記載日(西暦) 年 月 日 氏名

身長 cm 体重 kg

今回は、次のどの目的で来院されましたか。あてはまる数字を○で囲んで下さい。

- 1) 挙児希望(子どもが欲しい)
- 2) 勃起障害等の男性機能の相談(夜がどうもまくいかない、意欲がわからない…)
- 3) 男子更年期障害についての相談(いらいらする、気力が落ちた…)
- 4) その他

これまでに他の医療施設で治療を受けられたことがありますか。

はい

いいえ

1)と答えた患者様へ

1. 問診票の2枚目、3枚目、4枚目、6枚目をご記入ください。
2. 禁欲期間が3日以上あれば精液検査が可能です。
原則としてパートナー様と一緒に診察室へご入室ください。

2)と答えた患者様へ

1. ご相談は勃起に関するのでしょうかあるいは射精に関するのでしょうか。
勃起 ・ 射精 ・ 両方 ・ その他()
2. 問診票の3枚目、4枚目、6枚目をご記入ください。

3)と答えた患者様へ

1. 男子更年期障害という言葉をご存知になりましたか。
新聞 ・ 雑誌 ・ マスメディア ・ 知人 ・ その他()
2. 今、最もお困りのことを簡潔にお書きください。

-
3. 問診票の4枚目、5枚目をご記入ください。

4)と答えた患者様へ

1. ご相談内容を簡潔にお書き下さい。
-

男性健康外来問診票(2枚目)

(治療に役立てますので、お手数ですが記入してください。秘密は厳守します。)

氏名 _____ 生年月日 西暦 年 月 日生(歳)

パートナーの氏名 _____ 生年月日 西暦 年 月 日生(歳)

結婚されたのは西暦20 年 月
不妊期間(子どもを希望し始めてからの期間) 年 月

■ ご本人に質問させていただきます。ご記入願います。

現在、内服しているお薬はありますか。(薬剤名: _____) ある ない
心臓または肺の病気がありますか。 ある ない
精巣の袋(陰嚢)に水が溜まっていると言われたことはありますか。 ある ない
精巣を降ろす手術を受けたことがありますか。 ある ない
尿道炎、前立腺炎、精巣上体炎に罹ったことがありますか。 ある ない
そけいヘルニア(脱腸)の手術を受けたことがありますか。 ある ない
その他入院手術を要する病気に罹ったことがありますか。 ある ない
(病名: _____ 病院名: _____)

■ 以下の病気に罹ったことがありますか。

おたふく風邪(歳) 結核 肝炎 胃・十二指腸潰瘍
 高血圧 糖尿病 最近3か月の高熱

■ アレルギー体質または体に合わない薬はありますか。

ある(名前 _____) ない

■ ステロイド剤(副腎皮質ホルモン)を使ったことがありますか。

ある ない

■ 日常生活についておたずねします。

喫煙 吸う(本/日× 年) 吸わない
飲酒 飲む(号/日× 年) 飲まない
食欲 普通 不良
睡眠 普通 不良
育毛剤・養毛剤の使用歴 ある(期間: _____) ない

■ 仕事中に以下の物質や環境に接することがあればチェックしてください。

鉛 亜鉛 ヒ素 一酸化炭素 カドミウム
 高温 低音 放射能 低酸素

■ 性機能についておたずねします。

性交渉などで勃起しますか する しない その他(_____)
性交渉などで射精しますか する しない その他(_____)
精液検査を受けたことがありますか ある(病院名: _____) ない
男性不妊として治療を受けたことがありますか ある(病院名: _____) ない
夫婦生活は大体1か月に _____ 回

■ パートナー様にご記入願います。(お判りになれば男性の記入でもかまいません)

(_____)産婦人科に(20 年 月)から不妊治療で通院
妊娠したことがありますか ある ない 流産したことがありますか ある ない
人工授精を受けたことがありますか ある(回) ない
体外受精、顕微授精を受けたことがありますか ある(回) ない

男性健康外来問診票(3枚目)

記載日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

I. 表中の該当する番号を○で囲んで下さい。

この6ヶ月に

1. 勃起してそれを維持する自信はどの程度ありましたか？		非常に低い 1	低い 2	中くらい 3	高い 4	非常に高い 5
2. 性的刺激によって勃起した時、どのくらいの頻度で挿入可能な硬さになりましたか？	性的刺激は なかった 0	ほとんど、 又は全く ならなかった 1	たまになった(半 分よりかなり低 い頻度) 2	時々なった(ほ ぼ半分の頻度) 3	しばしばなった (半分よりかなり 高い頻度) 4	ほぼいつも又 はいつもなった 5
3. 性交の際、挿入後にどのくらいの頻度で勃起を維持できましたか？	性交を 試みなかった 0	ほとんど、 又は全く維持 できなかった 1	たまに維持でき た(半分よりかな り低い頻度) 2	時々維持できた (ほぼ半分の頻 度) 3	しばしば維持で きた(半分よりか なり高い頻度) 4	ほぼいつも又 はいつも維持で きた 5
4. 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？	性交を 試みなかった 0	極めて 困難だった 1	とても困難 だった 2	困難だった 3	やや困難だった 4	困難では なかった 5
5. 性交を試みた時、どのくらいの頻度で性交に満足できましたか？	性交を 試みなかった 0	ほとんど、 又は全く満足 できなかった 1	たまに満足でき た(半分よりかな り低い頻度) 2	時々満足できた (ほぼ半分の頻 度) 3	しばしば満足で きた(半分よりか なり高い頻度) 4	ほぼいつも 又はいつも満足 できた 5

合計点数 _____ 点

以下は必要な方のみご記入ください。

II. いつから勃起障害ですか。
(_____)から
以下、無か有に○をつけてください。

III. 日常内服している薬剤はありますか。
無 _____ 有 (薬剤名 _____)

IV. 今までに勃起障害で医療機関を受診したことがありますか。
無 _____ 有 _____

V. 今までに手術を受けたり入院したことがありますか。
無 _____ 有 _____

VI. 以下の中で過去に診断を受けた病名に○を付けてください。

高血圧、 低血圧症、 狭心症、 糖尿病、 脳梗塞、 脳出血、 心筋梗塞

肝臓病、 網膜色素変性症、 白血病などの血管疾患

その他(_____)

男性健康外来問診票(4枚目)

記載日(西暦) 年 月 日 氏名

最近6カ月において下記1から17までの症状について各々当てはまる欄に○か✓をしてください。

	症状	なし	軽い	中程度	重い	非常に重い
	点数	1	2	3	4	5
1	総合的に調子が思わしくない (健康状態, 本人自身の感じ方)					
2	関節や筋肉の痛み (腰痛, 関節痛, 手足の痛み, 背中での痛み)					
3	ひどい発汗(思いがけず突然汗が出る, 緊張や運動とは関係なくほてる)					
4	睡眠の悩み (寝つきが悪い, ぐっすり眠れない, 寝起きが早く疲れがとれない, 浅い睡眠, 眠れない)					
5	よく眠くなる, しばしば疲れを感じる					
6	いらいらする (当り散らす, 些細なことですぐ腹をたてる, 不機嫌になる)					
7	神経質になった (緊張しやすい, 精神的に落ち着かない, じっとしていられない)					
8	不安感 (パニック状態になる)					
9	体の疲労や行動力の減退 (全般的な行動力の低下, 活動の減少, 余暇活動に興味がない, 達成感がない, 自分をせかさないと何もしない)					
10	筋力の低下					
11	憂うつな気分 (落ち込み, 悲しみ, 涙もろい, 意欲がわからない, 気分のむら, 無用感)					
12	男性として「絶頂期は過ぎた」と感じる					
13	力尽きた, どん底にいると感じる					
14	ひげののびが遅くなった					
15	性的能力の衰え					
16	早朝勃起(朝立ち)の回数の減少					
17	性欲の低下 (セックスが楽しくない, 性交の要求がおきない)					
合計= (スタッフ記入)						

男性健康外来問診票(5枚目)

記載日(西暦) 年 月 日 氏名

次の質問を読んで、現在のあなたの状態にもっともよく当てはまるところに○をつけてください。質問は20問あります。全ての質問に答えて下さい。

	症状	ないか たまにある	ときどき ある	かなりの 間ある	ほとんど いつも ある	点数
1	気が沈んで憂うつだ →					
2	朝方は一番気分がよい ←					
3	泣いたり、泣きたくなる →					
4	夜よく眠れない →					
5	食欲は普通だ ←					
6	まだ性欲がある (異性に関心がある) ←					
7	やせてきたことに気がつく ←					
8	便秘している →					
9	ふだんよりも心臓が ドキドキする →					
10	何となく疲れる →					
11	気持ちはいつも さっぱりしている ←					
12	いつもと変わりなく 仕事ができる ←					
13	落ち着かず、 じっとしていられない →					
14	将来に希望がある ←					
15	いつもよりいらいらする →					
16	たやすく決断できる ←					
17	役に立つ、働ける人間だと思う ←					
18	生活はかなり充実している ←					
19	自分が死んだほうが他の者は 楽に暮らせると思う →					
20	日頃していることに 満足している ←					

男性健康外来問診票(6枚目)

記載日(西暦) 年 月 日 氏名

この4週間、性的刺激または性交の際、どれくらいの頻度でオルガズム(絶頂感)を感じましたか。

- 0 性的刺激も性交もなかった
- 1 ほとんど、または全く感じなかった
- 2 たまに感じた(半分よりかなり低い頻度)
- 3 時々感じた(ほぼ半分の頻度)
- 4 しばしば感じた(半分よりかなり高い頻度)
- 5 ほぼいつも、またはいつも感じた

この4週間に感じたオルガズムはいかがですか。

- 1 全くない
- 2 かなり減退している
- 3 やや減退している
- 4 十分である

早く父親になるための日常の注意点

- ①喫煙が精子を減らすので禁煙してください。
- ②長期間の禁欲は良くないことがわかっています(精液の停滞が質の低下につながります)。
- ③育毛剤(特にAGAの治療)は使用あるいは利用しないでください。
➡陰嚢は冷却装置。35度で精子を作る最大効果を発揮します。したがって
- ④サポートやホールドの強い下着は履かないでください(トランクスやボクサータイプのブリーフを推奨します)。
- ⑤頻繁なサウナ、高温風呂は控えてください。
- ⑥太らないでください(体内の脂肪組織で男性ホルモンが女性ホルモンに変わってしまい精子に悪影響となります)。
- ⑦膝の上にノートパソコンを載せて使わないでください(WiFiなど電磁波が精子によくないので)。机上で使用するの心配ありません。
- ⑧食事に関しては以下のことに気を付けてください。
肉ではいわゆるレッドミート(牛肉、羊肉)よりホワイトミート(豚肉、鶏肉など)を主体にしてください。
野菜、果物、穀類は食物繊維とともにリコピン(トマト)、ビタミンCやE、ポリフェノールなどの抗酸化物が多いので推奨します。
魚、貝類はEPAやDHAに富んでおり推奨します。
低脂肪乳も推奨します。
アルコール摂取は大量にならないで構いません。
最後にカロリーオーバーに気をつけてください。

文責 近藤 宣幸