

記入日:西暦_____年__月__日

NO. _____

男性用問診票

ふりがな

名前 _____ ご職業 _____

生年月日(□S □H □R) _____年 _____月 _____日 年齢 _____歳

身長 _____cm 体重 _____kg 血液型 _____型

飲酒 □無 □有 : _____ ml / □週 □日 タバコ □無 □有 : _____ 本/日

郵便番号 _____ 住所 _____

電話番号 携帯 _____ 自宅 _____

問1 本日はどうなさいましたか

精液検査を受けたい

その他 (_____)

問2 ご結婚されていますか

いいえ : 婚約中 内縁 独身

はい ※はいと答えた方は次にお答えください

*結婚年齢 : 初婚 再婚 _____歳 ※前妻との間の子ども : 無 有

*奥様は他院にて不妊治療を受けていますか いいえ はい

問3 お子様を希望されてどのくらいたちますか

_____年 _____カ月

問4 高熱が数日間続いたことがありますか

いいえ はい 原因:(_____)

問5 今まで精液検査を受けたことがありますか

いいえ はい 結果: 異常なし 異常あり

問6 性病にかかったことがありますか

いいえ はい _____歳: 病名 _____ 治療 未 済

問7 内服薬や注射・造影剤でアレルギー反応を起こしたことがありますか

いいえ はい (_____)

問8 今までかかったことのある病気や持病はありますか

いいえ はい ※下記をご記入下さい

(_____歳 病名: _____ 手術: _____ 内服: _____)

(_____歳 病名: _____ 手術: _____ 内服: _____)

(_____歳 病名: _____ 手術: _____ 内服: _____)

問9 現在不妊に関して悩みや困っていることがありますか

(_____)

問10 当院を知ったきっかけを教えてください

ホームページを見た 友人・知人から聞いた 家・職場の近く その他(_____)