

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 \_\_\_\_\_ヵ月  
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 今までに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 ( 歳: )  
( 歳: )  
問9 今まで手術を受けたことはありますか  
□いいえ □はい ( )  
問10 現在服用している薬はありますか  
□いいえ □はい ( )  
問11 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12 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 ( )