

| | |
|--------|---|
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | |
| 自宅住所 | 〒 |
| 自宅電話番号 | |
| 携帯番号 | |
| E-mail | |
| 職業 | |
| 勤務先名 | |

フリガナ _____
奥様氏名 _____

当クリニックから連絡させていただくことがあります。その際はクリニック名を告げてもよいでしょうか？

- はい いいえ(スタッフ個人名でかけてほしい)

当院のセミナーや催しに参加されたことがありますか？

- 体外受精セミナー(年 月 受講) 院内見学ツアー(年 月 参加)

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

- はい いいえ

身長 _____ cm 体重 _____ kg

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)
加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

結婚歴について

- 結婚: ()年()月
 離婚: ()年()月
 再婚: ()年()月 *前妻との間にお子さんはいらっしゃいますか? はい いいえ
 事実婚(同棲中): ()年()月
 未婚

これまで病気や手術をしたことがありますか？

- あり
 39度以上の高熱が続いたことがある
 成人後のおたふくかぜ
 睾丸の病気・外傷・手術()
 性病()
 幼少時にソケイヘルニアの手術
 潰瘍性大腸炎(内服薬:)
 高尿酸血症(内服薬:)
 高血圧 心臓病
 糖尿病 肝臓病
 腎臓病
 B型肝炎 C型肝炎
 梅毒
 気管支拡張症 慢性気管支炎
 その他()

- なし

これまで薬・注射・造影剤でアレルギーや副作用が起きたことがありますか？

- あり()
 なし

薬以外でアレルギーが起きたことがありますか？

- あり(ゴム・アルコール綿・金属・食べ物・その他)
 なし

タバコを吸いますか？ はい(1日 本) いいえ

お酒は飲みますか？ はい(毎日・ときどき) いいえ

以下の質問にお答えください

- 性欲はありますか? ある あまりない 全くない
 勃起はしますか? する しない
 射精はしますか? する しない
 においは普通に感じますか? はい いいえ
 精液検査を受けたことはありますか? はい(正常・異常) いいえ

当クリニックで希望する治療は何ですか？

- タイミング療法 人工授精 体外受精・顕微授精 検査のみ 相談後に決めたい