

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