

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	

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)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

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

* 問診票の内容は、個人情報保護法で保護されており、診療目的以外への使用や外部への流出はありません。