

男性問診票

ID \_\_\_\_\_

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	
勤務先電話番号	

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)

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

内縁(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。