

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 歳
身長 体重	身長 cm 体重 kg
住所	〒
電話番号	()
職業	

当クリニックを何で知りましたか？ 該当するものにチェックして下さい

- 医師からの紹介（病院名 _____ 医師名 _____）
- 知人からの紹介
- 当院のホームページ 検索ワード（例：不妊治療 千里中央 _____）
- 当院のSNS（Instagram・Facebook・LINE・Youtube） 検索ワード（ _____）
- 当院以外のWEBページ（子宝ネット・不妊治療情報センター・赤ちゃんが欲しい・その他 _____）
- 広告（新聞・地域情報紙 _____）
- 雑誌（i-wishママになりたい・妊活たまごクラブ・赤ちゃんが欲しい・その他 _____）
- 駅広告・電車内広告（北大阪急行線千里中央・モノレール _____）
- その他

今回の来院理由を教えてください。 該当するものにチェックして下さい。

- 現在挙児希望なし。 将来の妊娠を考え、現在の自分の身体の状態を知りたい。
- 現在挙児希望あり。妊娠に向けて検査希望。
- パートナーと検査希望。
- その他

看護師記入欄

B P /
P
K T

現在のことについて教えてください

- 未婚（パートナー あり ・ なし） 結婚歴（あり ・ なし）
- 結婚予定（ _____ 年 _____ 月入籍予定）
- 既婚（ _____ 年 _____ 月結婚）
- 再婚予定（ _____ 年 _____ 月頃予定）

あなたの生活について教えてください。

- ・ 今までに精液検査を受けたことはありますか？（はい ・ いいえ）
「はい」とお答えの方へ 結果はどうでしたか？（正常 ・ 異常）
- ・ 今までに薬や注射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）
「あり」とお答えの方にお尋ねします。薬品名と症状の記入をお願いします。
薬品名（ _____ ） 症状（ _____ ）
- ・ 薬以外でアレルギーをお持ちですか？（はい ・ いいえ）
（ゴム ・ アルコール綿 ・ 金属 ・ 食べ物 ・ その他 _____）
- ・ 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）

これまでの健康状態について教えてください。

- ・ これまでに病気や手術の経験がありますか？（ある ・ ない）
「ある」とお答えの方は下記の該当項目にチェックを入れて下さい。
- 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 その他（ _____ ）