

- ・ 今までに診断された感染症はありますか
 ない ・ ある (B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV(エイズ) その他: _____)
- ・ 血縁者の中に不妊症の方や遺伝的な病気の方はいらっしゃいますか
 いない ・ いる (_____)
- ・ 血縁者の中に高血圧、糖尿病、癌、結核の病気がある方はいらっしゃいますか
 いない ・ いる (_____)
- ・ おたふく風邪にかかったことはありますか?
 ない ・ ある (_____ 歳ごろ: 睾丸が腫れた・腫れなかった)

(8) 嗜好品について

- ・ お酒 : 飲む (少 ・ 多) ・ 飲まない
- ・ たばこ: 吸う(_____ 本/日) ・ 吸っていたことがある ・ 吸わない

(9) 奥様は、他の病院で治療を受けていますか

受けている ・ 受けていた ・ 受けていない (治療内容を具体的に記入してください) _____)

(10) 奥様は、当院を受診していますか いいえ ・ はい

(11) 奥様は流産・死産の経験はありますか いいえ ・ はい 具体的に記入してください
 (_____)

(12) 当院に対する治療のご希望がございましたらご記入ください

ご記入ありがとうございました