

男性用問診票

ご記入いただいた個人情報は診療以外に 使用することはございません。 正確なご記入をお願いいたします。

						記載日	:	年	月	
ふりがな					生年	 :月日				
						西暦	年	月	Е	3
お名前					様				(歳)
	<u> </u>							ご職業		73%)
ご住所	·							Camb		
	※番地・建物名・部屋番号までご記入下さい									
で自宅										
注 加力	携 帯									
身長	c m	体重	I	k g l	血液型		型	Rh -	+ -	_
	お知りになりました				<u> </u>	134 (
<i>- ,</i>	Yahoo等検索サ □赤ちゃんが欲し]ご紹介(vichフフにかりたい	\ \pi		様/ n.Stroot「	コスの他		院•医院	E)
	□がらりのがいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいい								まねっと)
			□病院なび □)
□つり革広台	吉 □折込ちらし	□看	板 □バスアナ!	ウンス	□Fa	cebook	□Insta	gram		
※当院では	、マイナ保険証を追	乱た患者	5様の診療情報を	を取得	!•活用[て、質の高し	(医療の排	是供を心	がけてま	らります。
	の取得・活用のた							~	/3 V/ C0	3,500,50
マイナダ	除証による情報	是供に同	音いただけますか	١				はい・	いいえ	
マイナ保険証による情報提供に同意いただけますか								160.	0.0.70	
他の医療	寮機関からの紹介	状はごさ	ざいますか					はい・	いいえ	
	でご連絡する際、 緊急時の際はお電							はい・	いいえ	
(2) 当院でご希望される治療内容をお聞かせください (該当する番号に○をつけてください)										
	食査 ② 感染症				(- O - ,	•	,)
			ع رمان (,
(3) 結功	昏歴について									
・結婚した	年齢才		結婚年月	(西暦	末 ヨ	年	月)		
・入籍され	ていない場合【	婚約	中・同居	•	未婚	1				
• 離婚歴	なし・	あり								
(4) 夫妇	帰生活と自覚症	状につい	יכ							
お子様を	ご希望されてからの	D期間	(年	ヶ月	1)					
・現在の性	生活について・・・	1ヶ	月の性交回数	(約	l	□)				

・ 今まで精液検査を受けたことがありますか。 はい ・ いいえ

• 現 ²	在治療「	中の	病気・服用	している薬・サ	ブリメントはあり	りますか					
	ない	•	ある	(病	名:)
				(薬品	冶:)
• 採	血・注射	j·薬	·検査·治療	寮によって気分	が悪くなったこ	ことがありま	ますか				
	ない	•	ある	(具体的	夕に)
(6)	今まで	ت(دا	病気」「手	術」をした事	がありますか	。過去	すべてお	答えください	N		
	ない ・ ある (具体的に)		
(7)	医枕线丸面	≐ /-	207								
(/)	感染	圧に	J61 C								
· 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	クラミジア	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	らっしゃいる	ますか				
	いない	•	いる()	
· 血	縁者の「	中に i	高血圧、糖尿	录病、癌、結	亥の病気があ	る方はい	らっしゃし	いますか			
	いない	•	いる()	
・おか	こふく風き	那に	かかったことに	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	: 1	飲む	(少・	多) .	飲まない						
・たば	7 · [及う	(本/F	3) • 吸っ	ていたことがま	5る・	吸わた	(1)			

(5) お身体の状態について

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	_

(9) 奥様は、他の病院で治療を受けていますか

ご記入ありがとうございました