

男性問診票 来院日西暦 年 月 日

夫	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	携帯メールアドレス
住所	〒	自宅電話番号
		PC メールアドレス

血液型 _____ 型 RH () 身長 _____ c m 体重 _____ k g

☐初婚 ☐再婚(前妻との間に子供は ☐なし ☐あり→ 人)

パートナーの来院有無 ☐有 (診察券番号: 名前:) ☐無

来院目的 ☐プレコンセプション ☐スクリーニング検査 ☐精液検査

☐その他 ()

1. 使ってはいけないお薬がありますか? 無・有 ⇒ある方は薬の名前をお書き下さい
()

2. 現在内服しているお薬はありますか?
無・有 ()

現在内服しているサプリメントはありますか?
無・有 ()

3. タバコを吸われますか? 吸わない・吸う (本/日 年間)

4. 飲酒に関して: 飲まない、飲む ()

5. 運動の習慣: ない、ある ()

6. 性交回数は月に何回くらいですか? (回)

7. マスターベーションは月に何回くらいですか? (回)

8. 今日の禁欲期間は何日くらいですか? (日)

9. 高い熱を出したことがありますか? いいえ、はい ⇒ 病名 ()

10. ご家族にガン、糖尿病、流産の既往がある方はいますか? いいえ
()

ご家族に遺伝性の病気はありますか? いいえ
はい ⇒ 病名 ()

11. 採血などの検査結果は奥様にお伝えしても良いでしょうか?

良い、必ず本人に伝えて欲しい

