

男性用問診票

※ 診察の前に記入して、血圧測定値、紹介状、お薬手帳などと一緒に受付窓口にお渡しください

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	生年 月日	年 月 日 (歳)	職業 (職場) ()
住所 〒	電話	携帯 - - 自宅 - -	
身長 cm	体重 kg	結婚	未婚 [結婚予定：なし / あり (年 月頃) / 未定] 初婚 (歳) / 再婚 (歳) / 離婚 / 死別

受診した理由

他院から紹介 不妊 / 精液凍結保存 / セカンドオピニオン / その他
紹介元の病院名

子どもが欲しい 結婚期間 年 月 不妊期間 年 月 (不妊の方は必須)

性交のトラブル 勃起しない / 勃起が持続しない / 射精できない / その他 ()

精液検査を受けたい 今回が初めて / 検査したことがある
年 月頃 病院で と診断された

精液の凍結保存希望 今回だけ / 今後も継続したい
凍結保存する理由 (今後の治療計画がわかれば具体的に)

今までにかかった病気・生活について

●手術・病気・骨折：なし / あり ●輸血：なし / あり (歳)

いつ頃	病名・手術名	現在の状態	病院名
年 月 (歳)		治癒 / 治療中 / 放置	
年 月 (歳)		治癒 / 治療中 / 放置	
年 月 (歳)		治癒 / 治療中 / 放置	
年 月 (歳)		治癒 / 治療中 / 放置	

●現在服用している薬・サプリメント：なし / あり (薬品名を記載するかお薬手帳をお渡しください)
薬品名と量

●アレルギー：なし / 花粉症 / アトピー / 食物 () / 金属 () / その他 ()

●薬や注射による発疹やショック：なし / あり (薬品名：)

●喫煙：なし / 1日 本 ●飲酒：なし / 機会 / 1日量： ml

●宗教：なし / あり ()

家族の病気について

●血のつながった方の病気 (がん・脳卒中・糖尿病・高血圧・肝臓病・心臓病・喘息・精神病・不妊・遺伝疾患など)
なし / あり (誰が：) (病名：)
(誰が：) (病名：)
(誰が：) (病名：)

その他に相談したいことがあればお書きください

ありがとうございました。番号を呼ばれるまでお待ちください。 エフ.クリニック