

初診申込・問診票

(正確にご記入ください)

ID

ID

20 年 月 日

ふりがな		血液型	生 年 月 日		
氏 名		型 Rh	昭・平	年 月 日	日生 (歳)
現住所	〒 (-)				
結婚の有無	既婚 未婚 離婚 死別				
自宅 Tel			職 業		
携帯電話			職 種		
ふりがな		血液型	生 年 月 日		
妻 氏 名		型 Rh	昭・平	年 月 日	日生 (歳)
妻 携帯電話					
妻 住所	同上	〒 (-)			
親族 氏名			続 柄		
親族で連絡 の取れる方	〒 (-)		携 帯 電 話		
			Tel		

血 圧	体 重	身 長	BMI

原疾患名 :

治療 :

紹介元 :

医師名 :

連絡先 :

精子凍結 : 20 年 月 日

精子凍結 : 20 年 月 日

感染症	結 果	日 付
HBV		
HBC		
HIV		
梅毒		

精液検査		
量		
数		
運動率		
前進性		
奇形率		
培 養		

あなたの治療を行う上で必要な情報になりますので○または記入にて正確にお答え下さい。
すべての個人的秘密は厳重に守ります。

- 1 今回の受診目的を教えてください
精子凍結保存(マスターベーションで射精したことがありますか はい・いいえ)・相談
- 2 パートナーの方の お名前 年齢 歳
- 3 パートナーは現在不妊治療をしていますか はい(当院・他院通院中:病院名) いいえ
- 4 現在の健康状態について あなた 健康・否(病名))
パートナー 健康・否(病名))
- 5 現在の結婚について あなた 未婚・初婚・再婚 / 子供 あり 人 なし
パートナー 未婚・初婚・再婚 / 子供 あり 人 なし
- 6 たばこは吸いますか はい(本/日) 以前吸っていたがやめた(年前まで)
いいえ
- 7 飲酒はされますか はい(毎日・ときどき・たまに) いいえ
何を: どれ位の量のみますか:
- 8 常用している薬やサプリメントはありますか はい・いいえ
はいの方はどのような薬ですか ()
- 9 育毛剤を服用していますか はい(薬品名) いいえ
- 10 勃起不全改善薬を服用していますか はい・いいえ
はいの場合 バイアグラ レビトラ シアリス その他()
- 11 今までホルモン剤を使用したことがありますか はい・いいえ
はいの場合 その内容は ()
- 12 今までに手術を受けたことはありますか はい(手術名) いいえ
- 13 今までに泌尿器科を受診したことがありますか はい・いいえ
はいの場合 その内容は ()
- 14 今までに精液検査を受けたことがありますか
はい (正常・精子が少ない・精子がない・精子運動率が不良・奇形精子が多い) いいえ
いつ頃 病院名
- 15 幼少期から今までにかかった病気に○をつけて下さい

はしか	おたふくかぜ	百日咳	水痘	睾丸炎
インフルエンザ	猩紅熱	ジフテリア	クラミジア	停留精巣
風疹	肺炎	結核	神経疾患	ソケイヘルニア
梅毒	淋病	糖尿病	精神科疾患	がん
心疾患	腎臓疾患	肝疾患	外傷・交通事故	抗がん剤 有・無
内分泌疾患	皮膚科疾患			

- 16 御家族の方で病気の方はいらっしゃいますか (自分の両親や兄弟)
はい 誰が () 病名 () いいえ
- 17 当院をなにでお知りになりましたか
主治医から紹介(医療機関:) 知り合いから聞いた(どなた:)
インターネット タウンページ 新聞 テレビ ラジオ 前をとおりかかって
- 18 最後になにが聞きたいことがあればご記入下さい