

男性問診票

記入日: _____

フリガナ		生年月日	昭和・平成				
お名前			年	月	日	(歳)	
現住所	〒			電話番号	本人携帯	-	-
					妻携帯	-	-
職業	単身赴任 あり・なし	ID	本人			妻	

あてはまるものに○をつけて下さい。

1. 結婚 既婚 ・ 予定している ・ 未婚
- 初婚: 西暦 年 月 歳(子供 人)
- 再婚: 西暦 年 月 歳(子供 人)
- 再再婚: 西暦 年 月 歳(子供 人)

2. 不妊期間
- (子供を作りたいと思ってから) 年 カ月
- 避妊期間: ない ・ ある(年 カ月)

3. 受診歴
- 不妊症の検査・治療を受けたことが
- ない
- ある (病院名: 検査治療内容: いつ頃:)
- (病院名: 検査治療内容: いつ頃:)

4. 手術・既往歴
- 手術: 停留精巣(睾丸) 歳、鼠経ヘルニア 歳、陰嚢水腫 歳、精巣(睾丸)外傷 歳
- 逆行性射精 歳、精索静脈瘤 歳、精管結紮術 歳
- 既往歴: 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 歳、糖尿病、高血圧、心臓病、緑内障、喘息
- 悪性腫瘍(がん) 部位 _____、放射線治療、抗がん剤治療、

5. 現在の状況
- 勃起障害 ある ない 射精障害 ある ない 性交障害 ある ない

6. 現在内服中の薬・サプリメント
- ない
- ある()

7. アレルギー
- ない
- ある 薬品()
- 食品()
- その他(金属 ・ ラテックス ・ 花粉 ・)