

問診票【男性用】



あいだ希望クリニック

記入日： 年 月 日 奥様のお名前 様

フリガナ				昭和・平成	年 月 日 (歳)
お名前				生年月日	
住所	〒 -				
電話番号	自宅 - -	ご職業			
	携帯	ご勤務先名			
email address					
当クリニックのセミナーに参加したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい (年 月) <input type="checkbox"/> いいえ					

身長： cm 体重： kg 血液型： 型 RH +・-

(1) 結婚したのはいつですか？ 年 月 日 (初婚 ・ 再婚)

(2) 感染症検査について：

① 1年以内に検査を受けたことがありますか。

B型肝炎ウイルス (HBs Ag) ・ C型肝炎ウイルス (HCV) ・ エイズウイルス (HIV) ・ 梅毒 (RPR ・ TPHA)

ない ある → 年 月 日 実施

② ①であると答えた方、その検査報告書を提示可能ですか？

はい いいえ ※提示がない場合、当クリニックで検査が必要です。

(3) 既往歴について：

① おたふくかぜに罹ったことはありますか？

いいえ はい → いつですか？ 年 月 ごろ

② 以下当てはまるものに✓チェックして下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 停留睪丸の手術を受けた | <input type="checkbox"/> 陰嚢水腫の手術を受けた |
| <input type="checkbox"/> 鼠経ヘルニア (脱腸) の手術を受けた | <input type="checkbox"/> パイプカットの手術を受けた |
| <input type="checkbox"/> 睪丸の外傷を負ったことがある | <input type="checkbox"/> その他、精巣に関する治療を受けた |

③ その他、今までに罹ったことのある病気や怪我についてご記入ください。

※ 感染症(B型肝炎,C型肝炎,HIV,梅毒,クラミジ等)に罹った場合もご記入ください。

いつ	年齢	病名	現在の状況	治療内容 ・ 内服中の薬
年			治癒 ・ 治療中 ・ 未治療	
年			治癒 ・ 治療中 ・ 未治療	
年			治癒 ・ 治療中 ・ 未治療	
年			治癒 ・ 治療中 ・ 未治療	
年			治癒 ・ 治療中 ・ 未治療	

(4) 精液検査について：

① 過去に精液検査をしたことがありますか？

ない ある → 年 月 日 実施 (最近の日付)

② ①であると答えた方、検査の結果をご記入ください。

正常 異常

【 精液量： ml 濃度： /ml 運動率： % 】

③ 本日、精子検査を希望しますか？

希望する 希望しない

④ 本日、精子凍結保存を希望しますか？

希望する 希望しない