

男性用問診票◎ご主人様ご自身での記入をお願い致します。 記入日____年____月____日

ふりがな
氏名 _____ 様 年齢()歳 身長()cm 体重()kg
結婚年月日: _____年____月____日 離婚歴 無・有 (~ 歳、子(無・有))

1. 現在の健康状態についてお答え下さい。

- 健康
- 健康診断等で、指摘を受けたことがある ()
- 現在、治療している病気がありますか? (病名;)
- 現在服用している薬はありますか? 有 ()・無

今までに病気に罹ったことがありますか?

精巣疾患・甲状腺疾患・放射線療法・鼠径ヘルニア
おたふく・外陰部の外傷などを含む

有 (歳 病名;)・無

今までに入院や手術をしたことがありますか?

入院 _____ 歳 病名 _____

_____ 歳 病名 _____

手術 _____ 歳 病名 _____

麻酔の種類 (全身麻酔・局所麻酔)

→麻酔によるトラブルはありましたか?

有 ()・無

輸血をしたことがありますか? (有・無)

2. アレルギー・体質についてお答え下さい。

- 喘息はありますか? 有 ()・無
- 食物アレルギー 有 ()・無
- 薬物アレルギー 有 ()・無
- その他アレルギー (例;花粉症、アトピー) 有 ()・無

3. 現在の職業をご記入下さい。

()

仕事では主にどのようなことをされていますか?詳しくご記入下さい。

()

勤続年数 () 年

仕事で特に忙しい時期 (仕事で徹夜になる時期等)はありますか?

①はい ②いいえ

仕事で有機溶媒を使用しますか?

①はい(種類:) ②いいえ

以前に他の仕事をされていましたか?

①はい () ②いいえ

4. ご家族の健康についてお答え下さい。

例) 糖尿病・高血圧・癌・アレルギー・遺伝的疾患など

父;健康・()

母;健康・()

兄弟;健康・()

姉妹;健康・()

5. 生活習慣についてお答え下さい。

喫煙をしますか? 有 (本/日)・無

喫煙歴 (~ 歳まで、 本/日)

飲酒をしますか? 有 (毎日・時々)・無

サウナや熱めのお風呂によく入りますか?

①はい ②いいえ

趣味をお答え下さい。

()

習慣として行っていることがありますか?

有 ()・無

1日に車やバイクにどのくらい乗っていますか?

車 () 時間 バイク () 時間

6. ストレスを感じていると思いますか?

①はい ②いいえ

※はい、とお答えの方は何にストレスを感じていますか?(複数可)

* 肉体的 * 精神的

① 疲労感 ① 家庭について

② 倦怠感 ② 職場について

③ その他 ③ その他

() ()

7. 不妊治療をどのようにお考えですか?

□精液検査を受けてみたい。

8. 何か気になることやご質問があればご記入ください。

奥様

氏名 _____