

ふりがな
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 20__年__月__日

氏名 _____ 様 年齢()歳 身長()cm 体重()kg
結婚年月日: 20__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;)
- 現在使用している薬はありますか？
無・有
育毛剤 (薬品名:)
免疫抑制剤 (薬品名:)
リウマチ (薬品名:)
その他 (薬品名:)
- 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 _____

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。
()
- 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

4. ご家族の健康についてお答え下さい。

- 糖尿病の家族 無・有 (父・母・兄弟姉妹)
- 高血圧の家族 無・有 (父・母・兄弟姉妹)
- 癌の家族 無・有 (父・母・兄弟姉妹)
- 重篤な遺伝病の家族 無・有 (父・母・兄弟姉妹)
- その他の病気 ()

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いいえ ②はい
- 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. 何か気になることやご質問があればご記入ください。

7. 奥様氏名

氏名 _____