

男性不妊 問診票

年 月 日

(フリガナ)
お名前 (ご本人) (歳) Tel ()
生年月日 昭和・平成 年 月 日 ご職業 ()
ご住所 (〒)
身長 cm/体重 kg 健康状態 (□良好/□不良)
喫煙歴 なし・あり 歳から 1 日 本程度
飲酒歴 なし・あり 歳から 1 日 本程度

・ご希望の検査にチェックしてください。

□精液一般検査 (正常形態込み) 6,600 円 (結果まで 2 週間)
□精液一般検査 (正常形態込み) + DFI (精子 DNA 断片化指数検査) 19,800 円 (結果まで 3 週間)

・おたふくかぜを患ったことはありますか？ □ない/□ある
・脱腸 (ヘルニア) を患ったことはありますか？ □ない/□ある
・糖尿病を患ったことはありますか？ □ない/□ある
・現在内服中の薬はありますか？ □ない/□ある (内容 :)
・AGA (薄毛治療) の薬を内服したことはありますか？ □ない/□ある (内容 :)
・抗がん剤の治療を受けたことはありますか？ □ない/□ある
・放射線治療を受けたことはありますか？ □ない/□ある
・今までに精液検査を受けたことはありますか？ □ない/□ある
・その他相談内容がある方はご記載ください
()

以下必ずお答えください。(必須)

・病院から連絡をする場合に病院名で電話をかけさせて頂いてもよろしいですか？ □はい/□いいえ
・当院をどこでお知りになりましたか。
1.SNS (Instagram/Facebook 等) 2.家族のすすめ 3.友人のすすめ 4.新聞・雑誌 5.他院からの紹介
6.JISART 認定施設一覧 7.情報サイト (サイト名 :) 9.インターネット検索
10.その他 ()

・また当院受診を決めた理由を教えてください。※複数選択可

1.紹介者のすすめ 2.良い評判/口コミを聞いた 3.自宅から通院しやすい 4.職場から通院しやすい
5.常勤医全員が生殖医療専門医 6.25 年以上の実績 7.JISART 認定施設 8.土日祝も診療している
9.通院に便利 10.予約がとりやすい 11.施設きれい 12.最新の医療設備
13.その他 ()