

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

・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