男性不妊 問診票

年　　月　　日

※ﾊﾟｰﾄﾅｰ様が先に受診済みの場合は、受付にお声掛けください。

(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）

婚姻状況　□未婚　/　□既婚（お子さんはいらっしゃいますか？⇒　いる　/　いない　）

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）

※容器代 220 円料金がかかります。

・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下さい。※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（　　）

★裏面もご記入下さい。

～当院をご利用いただく皆様へのお願い～

当院は、すべての患者様が安心して安全に治療を受けられる環境づくりに努めております

【遵守事項】

・クリニック規則（子連れ通院禁止等）の遵守
・医療スタッフに対する暴言・威嚇、または大声での威圧的な言動の禁止
・他の患者様の安静およびプライバシーを妨げる行為の禁止

上記に反する行為が確認された場合、当院の判断により
診察をお断り、または退去していただくことがございます。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(自筆)