受付票　及び　問診票

年　　月　　日

フリガナ		昭和 平成　　年　　月　　日生	歳
お名前			
御住所	〒 ※現住所と住民票のある住所が異なる場合は両住所ともご記入ください。	御連絡可能な電話番号 （　　）	
		職業	
		休日	

身　長	cm	体　重	kg	血液型	A　B　O　AB　Rh（＋，－）・不明

1、本日はどうなさいましたか
・不妊の相談　・精液検査　・精子凍結　・その他（　　）

2、結婚をしていますか　はい（　　年　　月結婚）　いいえ
婚約中（入籍予定時期　　年　　月頃　・　未定　）

3、性機能について悩んでいること、相談したいことがありますか　はい　いいえ
・性欲がない　・勃起しない　・挿入できない　・膣内射精ができない　・射精しない　・早漏
・射精感はあるが精液が出ない　・その他（　　）

4、精巣（睾丸）の　打撲・怪我・腫れ・病気・手術　などしたことがありますか　はい　いいえ
はいの方　→　いつ頃（　　）どんな症状・手術（　　）

5、鼠径（そけい）ヘルニアの手術を受けたことがありますか　はい（　　歳頃）　いいえ

6、おたふく風邪（流行性耳鼻腺炎）にかかったことがありますか　はい（　　歳頃）　いいえ

7、高熱を出したことがありますか　はい（　　歳頃　病名：　　）　いいえ

8、その他に大きな病気や手術を受けたことがありますか　はい　いいえ
①主な病気は　（　　）（　　）歳の時
（　　）（　　）歳の時
②手術は　（　　）（　　）歳の時

9、アレルギーはありますか　はい（何に対して：　　）　いいえ

10、ご家族の中に病気の人はいますか　はい（遺伝病、高血圧、糖尿病、ガン、その他：　　）　いいえ

11、①飲酒の習慣がありますか　はい（毎日・週　　日位　飲酒量：　　）　いいえ
②喫煙の習慣がありますか　はい（喫煙歴　　年　1日　　本　禁煙の意思 有・無）いいえ

12、妊娠を希望してから今までの期間は、（　　）年（　　）ヵ月位
（積極的に希望していなくても避妊していなかった期間も含みます）

13、過去にパートナーが妊娠したことはありますか　はい　いいえ

14、今までに不妊治療を受けたことがありますか　はい　いいえ
どんな検査・治療を受けましたか
検査：　ヒューナーテスト　・精液検査　・ホルモン検査　・性感染症検査　・その他（　　）
治療：　タイミング療法　・人工授精　・体外受精　・顕微授精　・その他（　　）

検査・治療で何か指摘されたことがあればご記入下さい（　　）

ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。