受付票　及び　問診票

平成　　年　　月　　日

フリガナ		昭和	
お名前		平成　　年　　月　　日生	歳
御住所	〒	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。