

男性問診票 来院日西暦 年 月 日

2019/06/23

夫	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	携帯メールアドレス
住所	〒	自宅電話番号
		PC メールアドレス

血液型 _____ 型 RH () 身長 _____ c m 体重 _____ k g

初婚 再婚(前妻との間に子供は なし あり→ 人)

1. 使ってはいけないお薬がありますか？ 無・有 ⇒ある方は薬の名前をお書き下さい ()
2. 現在内服しているお薬はありますか？
無・有 ()
現在内服しているサプリメントはありますか？
無・有 ()
3. タバコを吸われますか？ 吸わない・吸う (本/日 年間)
4. 飲酒に関して：飲まない、飲む ()
5. 運動の習慣：ない、ある ()
6. 性交回数は月に何回くらいですか？ (回)
7. マスターベーションは月に何回くらいですか？ (回)
8. 今日の禁欲期間は何日くらいですか？ (日)
9. 高い熱を出したことがありますか？ いいえ、はい ⇒ 病名 ()
10. ご家族にガン、糖尿病、流産の既往がある方はいますか？ いいえ ()
ご家族に遺伝性の病気はありますか？ いいえ
はい ⇒ 病名 ()
11. 採血などの検査結果は奥様にお伝えしても良いでしょうか？
良い、必ず本人に伝えて欲しい
12. おたふく風邪にかかったことはありますか？

