

問 診 票 (男 性 用)

ID: 88

年 月 日

ふりがな		昭・平 年 月 日生 (才)		
氏名		血液型	型 Rh + ・ -	
		身長	cm	体重 kg
住所	〒	TEL		
		e-mail		
妻氏名		職業		

以下の質問にお答えください

- ・ いつごろ結婚されましたか？ (年 月) 初婚 再婚 (前妻との間に子供は なし あり → 人)
- ・ おたふく風邪にかかったことはありますか？ ない ある (才頃 この時睾丸が、 腫れた 腫れなかった)
- ・ 停留睾丸の手術を受けたことがありますか？ ない ある (才頃 左 右)
- ・ 陰のう水腫の手術を受けたことがありますか？ ない ある (才頃 左 右)
- ・ 睾丸を傷つけたことがありますか？ ない ある (才頃 左 右)
- ・ パイプカットの手術を受けたことがありますか？ ない ある (才頃 左 右)
- ・ 腸ヘルニアの手術を受けたことがありますか？ ない ある (才頃 左 右)
- ・ 他に何か手術を受けたことがありますか？ ない ある (才 手術名)
- ・ 放射線治療を受けたことがありますか？ ない ある (才 薬品名:)
- ・ 抗がん剤治療を受けたことがありますか？ ない ある (才 薬品名:)
- ・ その他、大きな病気にかかったことはありますか？ ない ある (才 病名:)
- ・ 高熱 (39度以上) を出したことがありますか？ ない ある (才 病名:)
- ・ 性病にかかったことはありますか？ ない ある (才 病名:)
- ・ 薬によるアレルギーはありますか？ ない ある (才 薬品名:)
- ・ 現在、飲む続けている薬はありますか？ ない ある (才 薬品名:)
- ・ AGA治療薬を使用していますか？ ない ある (年 月頃)
- ・ タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う (本/日)
- ・ お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む (毎日・週 日・たまに) (ml位)
- ・ ご家族に遺伝的な病気はありますか？ ない ある (才 病名:)
- ・ 今までに風疹または麻疹風疹混合 (MR) 予防接種を受けたことがありますか？ ない ある (年 月頃)
(不明な方はご自身の母子手帳をご確認ください。1962年4月2日～1979年4月1日生まれの方は市区町村よりクーポンが配布されています)
- ・ 風疹抗体検査 (採血) を受けたことがありますか？ ない ある (年 月頃 → 抗体あり ・ 抗体なし)
(1962年4月2日～1979年4月1日生まれの方は市区町村よりクーポンが配布されています。検査歴がない場合はクーポンをお持ちください。)
- ・ 日常的に自転車・バイクに乗りますか？ 乗らない 乗る
- ・ 今までに精液検査を受けたことがありますか？ ない ある (年 月頃 病院名:)

その他、何かご要望等があれば、ご記入ください