

# 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)
- ・ 風疹抗体 (採血) をうけたことがありますか？  ない  ある ( 年 月頃)
- ・ 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