

来院日 年 月 日  
はなおかMFクリニック品

## 男性用問診票

- ・ 個人情報は当院が診療に必要な用途以外には使いません
- ・ 緊急時などどうしてもご連絡が必要な場合もありますので、正確にご記入ください

ご本人	ふりがな	生年月日
	お名前	年 月 日 ( 才 )
	携帯番号	ご職業:
	メールアドレス (携帯電話)	
奥様	ふりがな	生年月日
	お名前	年 月 日 ( 才 )
		ご職業:
ご住所	〒	電話番号:
	メールアドレス:	

1. 血液型 型 RH ( プラス ・ マイナス ・ 不明 ) 身長 cm 体重 kg

2. 本日のご来院目的に○をつけて下さい

感染症採血 精液検査 初診相談 計画書面談のみ その他 ( )

3. 結婚歴 結婚年齢 才 (結婚 西暦 年 月)  
婚約中 ・ 事実婚 ( 別居 ・ 同居 ) ・ 未婚

4. 妊娠をご希望されてからどのくらいの期間ですか 【 年 ヶ月】

5. 1カ月の性交渉の回数を教えてください。 回 / 月

6. 性交渉に関してお悩みはありますか  
「ない」 ・ 「ある」【具体的に: 】7. 今まで精液検査などを受けたことはありますか  
「ない」 ・ 「ある」【病院名 結果: 】8. 採血・注射によって気分が悪くなったことがありますか  
「ない」 ・ 「ある」【具体的に: 】

(2枚目に続く)



## 9. 以下の既往についてお答えください

- ・アレルギー 「ない」・「ある」【薬剤・食品・金属： 】
- ・喘息 「ない」・「過去にあった」・「ある」【具体的に： 】
- ・おたふく 「ない」・「不明」・「ある」【いつ頃： 】
- ・緑内障 「ない」・「ある」【 】
- ・糖尿病 「ない」・「ある」【(経過観察中)・(通院中) →病院名： )】
- ・高血圧 「ない」・「ある」【(経過観察中)・(通院中) →病院名： )】
- ・甲状腺の病気、リウマチなどの膠原病 「ない」・「ある」【 】

10. 今までに「病気」「手術」をした事がある方、「治療中の病名」「服用中の薬、サプリ」があればご記入ください  
※以前検査で異常を指摘されたことがあるもの、すでに治った過去の病気も含め、全てご記入下さい

- 「ない」 ・ 「ある」【病名： 】  
【薬剤名： 】

## 11. ご本人が今までに診断された「感染症」はありますか

- 「いいえ」 ・ 「はい」【クラミジア B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV(エイズ) その他： 】

## 12. 兄弟、姉妹に不妊症の方や遺伝的な病気の方がいらっしゃいますか

- 「いない」 ・ 「いる」【関係性： 】

## 13. 喫煙の習慣はありますか

- 「ない」 ・ 「ある」【 1日 本・ 本から 】

## 14. 飲酒の習慣はありますか

- 「ない」 ・ 「ある」【 毎日飲む ・ 時々飲む 】

## 15. その他 今まで以下のようなことはありましたか

- ・ 1-2 週間にわたって高熱が続く病気にかかった (例、川崎病)
  - ・ 有機溶剤を使用する仕事に従事したことがある (ペンキ、印刷業)
- 「ない」 ・ 「ある」【 】

医師に伝えたい事がありましたらお書きください

- 【 】

当クリニックをどのようにして知りましたか (□にチェックを入れて下さい。複数回答可)

当クリニックをどのようにお知りになりましたか？		
<input type="checkbox"/>	医師からの紹介	【病院名】
<input type="checkbox"/>	友人からの紹介	【紹介者 間柄】
<input type="checkbox"/>	HP	【キーワード検索・不妊関連サイト・事前にメール相談済( 月頃 )】
<input type="checkbox"/>	その他	【雑誌・看板・しながわシティスポーツクラブ (バスケ・フットサル)】 【その他：】

当院は個人情報取得・活用により、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証による診療情報提供に同意頂けますか？ 【はい・いいえ】