

北村クリニック 男性不妊症（挙児希望）問診票

フリガナ			
氏名	性別（男・女）	生年月日	年 月 日 (歳)
住所（〒 - ）			
電話番号	- -	携帯番号	- -
緊急連絡先	- -	（ さま）	
当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 医院の紹介（ ） <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 仕事場が近く <input type="checkbox"/> その他（ ）			

■今回のご相談ごとについて（複数チェック可能です）

- 子供ができない 精子が少ないと言われた 精子がないと言われた
- 性行為障害がある 勃起障害がある 射精障害がある セックスレスである
- 性欲が低下してきた 男性器や精巣について気になることがある
- なんとなく心配になっている 結婚前に調べておきたい
- その他（ ）

■以下の事項について記載ください

- ・職業（ ）
- ・既往歴・入院・手術歴（ ）
- ・身長（ cm） ・体重（ kg）
- ・喫煙（あり ・ なし）（ありの場合： 本/日 ・ 年くらい）
- ・お酒（ほぼ毎日飲む ・ たまに飲む ・ 飲まない）
- ・アレルギー歴（ ）
- ・結婚歴（結婚 年）
- ・妻の年齢（ 歳） ・妻の既往歴（ ）
- ・通院しやすい曜日、時間帯など（ ）
- ・ご要望・連絡事項など

ご記入お疲れ様でした。必要事項に記載して受診の時、持参してください。

プライバシーには十分配慮いたします。