

神戸アドベンチスト病院生殖医療科 問診票 男性用

問診記入日 年 月 日

御主人 氏名 ( ) 生年月日 (19 年 月 日) 年齢 ( ) 才  
 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 本日の血圧 ( / ) 脈拍 ( )  
 緊急連絡先 自宅 : - - 携帯 : - -

病院からの電話連絡は、 可 (病院名を名乗っても良い・スタッフの個人名のみ可)  
連絡不可

住所 : \_\_\_\_\_

奥様 氏名 ( ) 生年月日 (19 年 月 日) 年齢 ( ) 才  
 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg  
 緊急連絡先 自宅 : - - 携帯 : - -

住所 : \_\_\_\_\_ (御主人と同居の場合は記入不要です)

ご職業は何ですか? ( )

タバコを吸いますか? ( いいえ ・ はい ) はいの場合 (1日 約 本 ・ 歳から)

過去に風疹にかかったことはありますか? ( はい ・ いいえ ・ わからない )

過去に風疹抗体検査をしたことはありますか? ( はい ・ いいえ ・ わからない )

はいの方は、結果はどうでしたか? ( 年 月) 結果 ( )

現在何か病気にかかっていますか? ( はい ・ いいえ ・ わからない )

はいの場合、病名 ( )

現在何かお薬を飲まれていますか? ( はい ・ いいえ ・ わからない )

はいの場合、薬剤名 ( )

過去に何か病気にかかれたことがありますか? ( はい ・ いいえ ・ わからない )

はいの場合、病名は何ですか?

→ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 性病 ・ 睾丸炎 ・ 耳下腺炎 ・ その他 ( )

今までに心療内科・精神科に通院したことはありますか? ( はい ・ いいえ ・ わからない )

はいの場合、病名は何ですか ( )

他院で精液検査を受けたことがありますか? ( はい ・ いいえ )

はいの場合、結果は? ( 正常 ・ 異常 (内容: ) )

性交時、何か不都合はありますか? ( いいえ ・ はい )

はいの場合、内容 ( )

気になることや治療面等で質問があればお書きください。

〔 \_\_\_\_\_ 〕