

受付日 令和 年 月 日

問診票

フリガナ		ご職業	
お名前			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		(歳)
ご住所	〒		
電話番号			携帯電話 ()
メールアドレス		国籍	※日本以外の方お書き下さい
身体情報	・身長 () cm ・体重 () kg		

※お手順をおかけしますが可能な限り各項目をチェックして頂きますようお願い致します。

- 1.本日はどのような事が気になりご来院されましたか？下記○をお願いします。
精液検査を希望して ()、不妊の相談 ()、風疹抗体価検査 ()、
性機能について相談したい ()、その他 ()
- 2.結婚はしていますか？ いいえ ・ はい → (H・R 年 月)
- 3.性機能について悩みが有りますか？
勃起ができない ()、膣内射精が出来ない ()、射精が出来ない ()
その他 (具体的にお書き下さい；)
4. .AGA (薄毛・抜け毛の治療) について
現在 AGA治療 を (治療中・受けていない・治癒)
“治癒”を選択した方 → いつ治療を受けていましたか？ (ヶ月・年前)
- 5.病歴について以下当てはまるものに○をつけてください。
*ソケイヘルニア手術 ()
*睪丸(精巣)について怪我や打撲、おたふく風邪などによる腫れがあった ()
- 6.上記以外に長期治療や入院又は手術を要する病気になったことは有りますか？
(具体的にお書き下さい) 例；小児糖尿病でインシュリン注射をしているなど

- 7.飲酒について (毎日・週に2~3日飲む程度・飲まない)
- 8.喫煙について (喫煙なし・有り)
“有り”の方 → () 歳 から → 禁煙について (禁煙無し・禁煙の意志はある)
お疲れ様でした。受付に提出をお願いします

