

問診票(男性用)

ふりがな お名前			生年月日 西暦		年	月	日	年齢	歳
			血液型		型	Rh()			
電話番号		職業		奥様(パートナー) 氏名					
住所	(〒 -)								
湘南美容グループの会員ですか？ <input type="checkbox"/> 会員(統一診察券を持っている) <input type="checkbox"/> 非会員(統一診察券を持っていない)									
当院のInstagramをご存じですか？ <input type="checkbox"/> フォローしている <input type="checkbox"/> 見たことあるがフォローはしていない <input type="checkbox"/> 知らない/フォローしていない									
六本木レディースクリニックを何で知りましたか？			<input type="checkbox"/> 奥様が受診している <input type="checkbox"/> 知人・医療機関紹介()様						
<input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> 湘南美容グループ(<input type="checkbox"/> メルマガ <input type="checkbox"/> リーフレット) <input type="checkbox"/> 電車広告 <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> Youtube() <input type="checkbox"/> クチコミサイト(<input type="checkbox"/> アイメッド <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> Google, Yahoo!等検索サイト <input type="checkbox"/> その他()									

本日はどのようなことで受診されましたか？ あてはまる項目すべてにチェックを入れてください。

- 医師の診察後、必要あれば検査したい
- 精液検査
- 感染症検査
- 付き添いのみ

結婚・不妊歴について

1	結婚歴	既婚 (西暦 年 月) / 近々結婚の予定 / 未婚 / 事実婚							
		結婚	初婚 / 再婚 (子ども 無 / 有) ↓						
		(前妻)	妊娠	回	/	出産	回		
		(前々妻)	妊娠	回	/	出産	回		
2	不妊期間	年 ヶ月 ※避妊をせずに妊娠しない期間							
3	夫婦生活	不妊期間中の性交渉 無 / 有 (月・週 回)							

既往症について 無 / 有 (※ある方は下記もご記入ください)

これまでに下記のような病気にかかったことがありますか？(持病があればご記載ください)

- 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 糖尿病 睾丸炎・副睾丸炎 陰嚢水腫(右・左) 精索静脈瘤
- その他()

※裏面もご記入ください。

現在服用している薬はありますか？

1	薬	無 / 有 ()
2	AGA 関連薬	無 / 有 ※AGA 関連薬の内服は治療への影響があるため、必ずご申告ください。
3	サプリメント	無 / 有 ()

アレルギーはありますか？ 無 / 有 (※ある方は下記もご記入ください)

薬品() / 食べ物() / その他()

現症について

1	外性器形態 (陰茎・陰囊・睾丸)	形状の異常 無 / 有 (ありの方は具体的な症状もご記入下さい) ()
2	痛み (下腹部～陰部)	無 / 有 (ありの方は具体的な症状もご記入下さい) ()
3	夫婦生活	性交異常 無 / 有 勃起異常 無 / 有 射精異常 無 / 有
4	その他	気になることがあればご記載ください↓ ()

男性検査・治療歴はありますか？ 無 / 有 (※ある方は下記もご記入ください)

1	精液検査	異常 無 / 有 (具体的に)
2	精子 DFI 検査	異常 無 / 有 (具体的に)
3	男性不妊手術	西暦 年 月 /手術名: /実施施設名:
4	その他	

日常生活について

1	飲酒	無 / 時々 / ほぼ毎日
2	喫煙歴	無 / 有 (本/日) / 過去に吸っていた (西暦 年 月に禁煙)

医療行為について (何かご希望があればその他の欄にご記載ください)

1	アルコール消毒	可 / 不可 (かぶれる等の皮膚トラブルがある)
2	採血	過去に気分不快になったことが 無 / 有 / 横になって採血希望
3	その他	

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。