

年 月 日

ふりがな		大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	職業
氏 名			

※当クリニックから連絡させていただくことがありますので、連絡の可否についてお聞きます

自宅：(可・否) 携帯電話：(可・否)

勤務先：(可・否), 勤務先 TEL ( )

当クリニック名を告げてもよろしいでしょうか：(可・否), 否のとき [ 希望：(スタッフ個人名でなど) ]

あてはまる所を記入または○で囲んでください

1. 本日の来院の目的は

イ、子どもが欲しい

(欲しいと思われたのは： 年 月頃～)

ロ、精液検査希望

ハ、精液凍結希望

ニ、他院で精液検査をして異常といわれた

[ <詳しく記入をお願いします> ]

3. 今までに病気にかかったことは (ある・ない)

ある場合は、あてはまるものを○で囲んでください

- ① 鼠径ヘルニア ② 性病 ③ 睾丸の病気、外傷  
④ 耳下腺炎 ⑤ 神経疾患

⑥ 癌

[ (手術、抗癌剤、放射線療法などについて  
時期や回数を分かる範囲で記入してください) ]

- ⑦ 心疾患 ⑧ 腎疾患 ⑨ 肝疾患 ⑩ 糖尿病

⑪ その他 ( )

2. 結婚・子どもについて

イ、結婚している (西暦 年 月 日)

現在の結婚は (初婚・再婚)

再婚の場合、以前の子どもは (有・無)

ロ、未婚である

ハ、内縁関係にある

ニ、入籍予定 (いつ: )

ホ、子どもについて

子どもの生年月日	性別	不妊治療の有無
年 月 日	男・女	有・無
年 月 日	男・女	有・無
年 月 日	男・女	有・無

4. 薬物による副作用 (有・無)

( )

アレルギー体質 (有・無)

- ① ゴム ② アルコール ③ 金属

④ 食べ物

⑤ その他 [ ]

5. 嗜好品について

タバコを吸いますか (はい・いいえ)

はいの場合 (1日 本)

お酒は飲みますか (はい・いいえ)

はいの場合 (1日 本)

6. あてはまるものを○で囲んでください

① 性欲があまりない ② 性欲がまったくくない

③ 勃起しない ④ 腔内射精できない

⑤ においを感じにくい

⑥ その他 ( )

