

Shinjuku ART Clinic(男性用)問診票(初診日 年 月 日)

ふりがな		生年月日	S・H	年	月	日( 歳)
お名前		血液型		型		
		RH	RH( )	・ 不明		
住所	〒 -					
自宅電話	-	-	身長	cm	ご職業	
携帯電話	-	-	体重	Kg	ご勤務先	
薬品アレルギー	なし・あり( )			現在内服中の薬・漢方薬・サプリメント		
食品アレルギー	なし・あり( )					
その他アレルギー	なし・あり( )					
過去に局所麻酔薬を使用したことがありますか? なし・あり⇒副作用 なし・あり( )						
当院の説明会に参加したことがありますか? はい( 年 月) ・ いいえ						
当院のWeb説明会(動画)をご覧になったことがありますか? はい ・ いいえ						
当院のオンライン不妊カウンセリングを受けたことがありますか? はい( 年 月 日) ・ いいえ						
加藤レディースクリニック・夢クリニック系列(新橋・日本橋等)へ通院したことがありますか? はい(クリニック名 )・いいえ						

1. 当院ご来院の目的はなんですか? 該当するものに○をつけて下さい。

一般不妊治療(タイミング治療・人工授精)・体外受精・その他( )

2. 過去に精液検査をされたことがありますか?

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常	検査日	西暦	年	月
	結果	精液量	ml	濃度		万/ml	
		運動率	%	奇形率		%	

3. 本日は精液検査を希望されますか?

(\*過去に精液検査をされたことがない方は必ず一度精液検査が必要になります。)

本日は希望しない 又は 後日精液検査に来院する

希望する⇒精子の凍結保存も希望されますか?

希望する 希望しない 結果により精子凍結希望する

必要があれば検査を希望する

4. 現在ご入籍はされていますか?

入籍済 ・ 未入籍(事実婚)

ご結婚されたのはいつですか?

※事実婚の場合は事実婚関係を開始した時期をご記載ください。

西暦 年 月 (初婚・再婚)

5. 今までかかった病気やケガ・手術について

1) おたふくかぜにかかったことがありますか?

はい・いいえ・不明

2) 以下該当する項目にチェック☑を入れてください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 停留睾丸の手術を受けた        | <input type="checkbox"/> 性交障害・勃起障害がある        |
| <input type="checkbox"/> そけいヘルニア(脱腸)の手術を受けた | <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤の手術を受けた        |
| <input type="checkbox"/> 陰嚢水腫の手術を受けた        | <input type="checkbox"/> パイプカットの手術(避妊手術)を受けた |
| <input type="checkbox"/> 睾丸に外傷を受けたことがある     | <input type="checkbox"/> 精子採取の為睾丸又は精巣の手術を受けた |

3) その他今までかかったことのある病気・けががあれば記入してください。

\* 感染症(B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒等)にかかったことのある方はそれも含めて記入してください

(西暦)	年齢	病名	現在の状況	治療内容	内服中の薬
年	歳		治癒・治療中・未治療		
年	歳		治癒・治療中・未治療		
年	歳		治癒・治療中・未治療		
年	歳		治癒・治療中・未治療		