

カルテNo ( )

(スタッフ記入欄)

携帯 ( ) ー 来院日

住所：〒

TEL ( ) ー

フリガナ	
お名前	

生年月日 (大正・昭和・平成)

年 月 日

年齢 歳

### <問診票>

●本日 受診されたのは？ 項目の□をチェックしてください。

精液検査希望 今までに精液検査を受けたことがありますか 無 ・ 有 ( 年 月 )

ブライダルチェック

その他 ( )

●アレルギーはありますか？ (薬・食べ物など)

●結婚についてお聞きします。(未婚 ・ 既婚 ・ 再婚 )

結婚時の年齢： 歳

奥様について：健康・病気 ( )、離別、死別

●今までに以下の病気にかかったことがありますか。ある場合は□をチェックしてください。

( ) 内には発症年齢、治療中・治癒をご記入ください。

結核 ( 年齢： 治療中 ・ 治癒 )

高血圧 ( 年齢： 治療中 ・ 治癒 )

性病 ( 病名： 年齢： 治療中 ・ 治癒 )

心臓病 ( 病名： 年齢： 治療中 ・ 治癒 )

腎臓病 ( 病名： 年齢： 治療中 ・ 治癒 )

糖尿病 ( 年齢： 治療中 ・ 治癒 )

輸血歴 ( 年齢： 理由： )

遺伝的疾患 ( 病名： 年齢： 治療中 ・ 治癒 )

喘息 ( 年齢： 治療中 ・ 治癒 ) (最終発作： )

不妊治療 ( 年齢： 治療歴： )

その他 ( )

●ご家族に病気の方はおられますか？

高血圧  糖尿病  遺伝性疾患  その他 ( )

●当院へ受診されたのは？

友人の紹介、近所だから、広告・看板を見て、タウンページを見て、ホームページを見て、その他：

●当院において、医師やスタッフに把握しておいてもらいたいことは ありますか？

無 ・ 有 ( )