

基本情報	フリガナ	生年月日：S・H			年	月	日	(	歳)
	氏名：	(旧姓：)							
	(〒 -)	住所：							
	電話番号：	-	-	職業：					
	ご結婚はされていますか？ ☐ 入籍済み (入籍日： 年 月 日) ☐ 事実婚 ☐ 未婚								
	(夫： 初婚 ・ 再婚) (妻： 初婚 ・ 再婚)								
妻/パートナー	フリガナ								
	氏名：	生年月日：S・H			年	月	日	(	歳)
	電話番号：	-	-	職業 (					)
	妻/パートナーとは ☐ 同居 ☐ 別居								
別居の場合		(〒 -)	住所：						
来院目的	①当院受診目的を教えてください。 ☐ 採血 ☐ 精液検査 ☐ 精子凍結 (がん治療中の方 現在〈入院中 入院はしていない〉)								
	②妻/パートナーの受診状況を教えてください。 ☐ 妻/パートナーが通院中 ☐ 妻/パートナーは通院していない ※妻/パートナーは不妊治療に同意していますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ まだ伝えていない								
生活習慣	①身長 () cm 体重 () kg								
	②アルコールは飲みますか？ ☐ 飲まない ☐ 飲む (機会飲酒 ・ 週数回 ・ 毎日)								
	③タバコは吸いますか？ ☐ 吸わない ☐ 禁煙した ☐ 吸う (1日 本)								
	④食欲と睡眠について教えてください。 食欲 (☐ 普通 ☐ 不良) 睡眠 (☐ 普通 ☐ 不良)								
	⑤排尿回数について教えてください。 昼間 (回) 夜中 (回)								
	⑥育毛剤 (AGA薬) を使用していますか？ ☐ なし ☐ あり (薬剤名：)								
	性機能	①性欲はありますか？ ☐ 有 ☐ 無							
②勃起しますか？ ☐ する ☐ しにくい・しないことがある									
③射精しますか？ ☐ する ☐ 膣内射精しにくい ☐ 膣内射精できない・膣外はできる ☐ 射精しない									
④精液検査を受けたことはありますか？ ☐ 有 (年 月頃 結果： ☐ 良い ☐ 良くなかった) ☐ 無									
⑤男性不妊症として治療を受けたことはありますか？ ☐ 有 (治療内容：) ☐ 無									
⑥夫婦生活について教えてください。 ☐ だいたい月に 回 ☐ 数か月に1回かそれ以下 ☐ 性交障害等で行えない/シリンジ法									
⑦お子様はいらっしゃいますか？ ☐ はい (最後：西暦 年頃) ☐ いいえ									

[illegible]