

男性ブライダルチェック問診票

年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢	未婚・結婚予定
氏名	男 女	昭 平	年 月 日	既婚（才で結婚） 再婚・初婚
住所	〒（ ） e-mail :			ご職業
電話番号 :	身長 :		cm	体重 :
				kg

(1) 以下の質問にご回答ください。

- 禁欲期間2日以上7日未満を満たしている（ はい・いいえ ）
※「いいえ」の場合は正確な検査結果がでないことがあるため、精液検査のみ日を改めて受診いただくようお願いいたします。
- 禁欲日数（ 日間）
- 今まで精液検査を受けたことがある（ ない・ある：病院名 ）
（結果：正常・精子が少ない・運動率が悪い・精子がない・その他 ）
- 不妊期間（ なし・あり： 年）不妊治療の経験（ なし・あり ） 子供の有無（いない・いる： 人）
- 排尿回数（ 回/日） 夜中にトイレに行く回数（ 回/日）
残尿感（ なし・あり ） 尿の勢い（ 良い・悪い ）
- 勃起しますか（ する・しにくい・全くしない ）
- 射精しますか（ する・しにくい・全くしない ）

(2) 生活習慣・既往歴についてお答えください。

- たばこ（ 吸わない・吸う ）
- お酒（ 飲まない・飲む： ml程度/毎日 ・ 週 回 ・ 月 回）
- 薬や食品にアレルギーがありましたらご記入ください（ ）
- 現在内服中の薬がありましたら丸をつけてください。
抗ヒスタミン剤 ・ 胃薬 ・ 風邪薬 ・ ステロイド剤 ・ プロペシア（脱毛治療薬）
その他
（ ）
- 以下の病気で手術や治療を受けたことがありましたら丸をつけてください。
停留精巣 ・ 鼠径ヘルニア ・ 睪丸の外傷 ・ 精巣腫瘍 ・ 精巣上体炎 ・ おたふく風邪
- その他これまでにかったことのある病気や治療中の病気、手術歴があればお書きください
（ ）
- 現在服用しているサプリメントがございましたら丸をつけてください。
マカ ・ 亜鉛 ・ ビタミンC ・ ビタミンE ・ その他（ ）

(3) 追加項目（オプション）検査をご希望の方は、希望する項目に丸をつけてください。

- ①血液一般（貧血検査）1,650円 ②血液型検査（A・B・O・Rh）3,300円 ③麻疹抗体検査 3,300円

(4) 当院を受診されたきっかけを教えてください。

知人から聞いて・インターネットで調べて・ホームページを見て・看板を見て
以前受診したことがある・近いから・その他（ ）