

# 初診患者様問診票

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢(満) \_\_\_\_\_ 歳

ご住所〒 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号自宅 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

今日はどのようなことで来院されましたか。をつけてください。

- 1 不妊(挙児希望) 精液検査やED治療薬希望等
- 2 不育 染色体検査等
- 3 パートナーに性病等の異常が出て治療を勧められた
- 4 その他( \_\_\_\_\_ )

現在結婚していますか はい・いいえ

パートナーまたは奥様が当院を受診されていますか はい・いいえ  
はいの方 パートナーまたは奥様のお名前 \_\_\_\_\_

他の病院で診察を受けていらっしゃいますか。その場合どのような説明や治療を受けましたか。

なし・あり \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

今までにかかった大きな病気や手術を教えてください。

なし・あり \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

今薬を飲んでいらっしゃいますか。

なし・あり \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

薬剤アレルギーはありますか

なし・あり \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_