

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 〒 _____

(マンション名・部屋番号もご記入ください)  連絡先電話番号 _____

ご職業 _____

今日はどういう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 _____

*当院は診療情報を取得・活用することにより（マイナ保険証）、質の高い医療提供に努めています。