

ソフィアレディスクリニック男性用問診表（初診・再初診）

年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 昭・平・令 年 月 日（ 歳）
奥様 <small>ふりがな</small> のお名前	奥様の診察券番号
ご住所 〒	
☎電話番号 自宅： 携帯：	ご職業 身長： cm、体重： kg 血液型： 型 Rh（ ）

1.薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

いいえ ・ はい（ 卵 ・ 大豆 ・ 局所麻酔 ・ 花粉 ・ その他（ ）
→具体的な症状（ ）

2.たばこは吸いますか？ いいえ ・ はい（1日 本）

3.お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい（頻度： 、量： ）

4.精液検査を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい（病院名：
（結果： 正常 ・ 精子が少ない ・ 運動率が悪い ・ 精子がない ）

5.おたふく風邪にかかったことがありますか？

いいえ ・ はい（ 歳頃、 睾丸が腫れた ・ 腫れなかった ）

6.睾丸の手術を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい（ 年 月）

7.過去に大きな病気にかかったり、手術したことはありますか？

感染症（B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒・クラミジア等）にかかったことのある方は
それも含めて記入してください。

年	年齢	病名（高血圧、糖尿病、喘息等も含む）	現在の状況	治療内容	内服中の薬	病院名
年	歳		治癒・治療中・未治療			
年	歳		治癒・治療中・未治療			
年	歳		治癒・治療中・未治療			
年	歳		治癒・治療中・未治療			

8.上記の病気以外で内服しているお薬やサプリメントはありますか？

いいえ ・ はい（ ）

ご記入ありがとうございました。書き終わりましたら受付スタッフへお渡しください。