メンズブライダルチェック（精液検査）問診票

検査日　　年　　月　　日

フリガナ 氏名			
連絡先（携帯電話）			
住所	〒（　　）		
生年月日	西暦　　年　　月　　日　　歳		
身長	ｃｍ	体重	ｋｇ

下記の質問にお答え下さい

■当院へ過去に来院されたことはありますか？	はい	いいえ
■パートナーが当院へ通院されたことはありますか？	はい	いいえ
■禁欲期間 今回の精液検査までの禁欲期間 □１～２日　□３～７日　□８日以上		
■妊娠歴 過去に、あなたとパートナーとの間で妊娠が成立したことはありますか	はい	いいえ
■生殖器の病気・既往 これまでに次の病気を指摘されたことがありますか □精索静脈瘤　□停留精巣　□精巣炎　□前立腺炎　□性感染症 □特になし		
■手術歴 □鼠経ヘルニア手術　□精巣の手術　□前立腺の手術　□その他(　　) □特になし		
■生活習慣 喫煙　□吸わない　□吸う（　　本/日）		
■服用中の薬 現在服用している薬□なし □あり (　　)		
■その他、気になることがあればご記入ください		