

お名前 () 生年月日 (S・H 年 月 日) 年齢 ()
 携帯番号 (- -)

あなたの治療を行う上で必要な情報になりますので正確にお答え下さい。
 すべての個人的秘密は厳重に守ります。

1. 出生地 (府・県 市 町)

2. 出生時における両親の年齢 (父 歳, 母 歳)

3. ご家族 (ご自分のご両親やご兄弟) の疾患は

ある { だれ [] ・ない }
 病名 []

4. あなたを含んで生存兄弟姉妹計 [] 人

5. あなたはそのうち [] 番目

6. 死産された兄弟はありますか。 (ある [] 人・ない)

7. 結婚して子供のない兄弟姉妹がおられますか。 (○をつけてください。)

(ある・・・兄, 弟, 姉, 妹 ・ない)

8. 家族に遺伝的な病気はありますか。 (ある [病名:] ・ない)

血族結婚はありますか。 (ある・ない)

9. 幼少期からいままでにかかった病気に○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	は し か	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	百 日 咳	<input type="checkbox"/>	風 疹
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	猩 紅 熱	<input type="checkbox"/>	ジフテリア	<input type="checkbox"/>	水 痘
<input type="checkbox"/>	腸 チ フ ス	<input type="checkbox"/>	肺 炎	<input type="checkbox"/>	結 核	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	梅 毒	<input type="checkbox"/>	淋 病	<input type="checkbox"/>	糖 尿 病	<input type="checkbox"/>	

10. 今まで何か手術を受けられたことはありますか。

(ある [手術名] ・ない)

11. 睾丸をけられたり, ボールがあたったりしたことはありますか。 (ある・ない)

12. 学童期にクラスで背は・・・ (高いほうだった・中ぐらいだった・低いほうだった)

13. 過去および現在の職業で次の物質や環境に接することはありませんでしたか。

該当するものがあれば○で囲んでください。

鉛・水銀・砒素・一酸化炭素・カドミウム・高熱環境・低温環境・放射能・
 酸素不足の状態

※2 枚目もありますので引き続きお答え願います。 ———▶

14.現在の職業は次のどれですか。○で囲んでください。

(事務職・半事務的半肉体労働・肉体労働)

15.はじめて陰毛が生え、声変わりした年齢：(歳)または(中学・高校 年)

16.はじめて射精(夢精)を経験した年齢：(歳)または(中学・高校 年)

17.はじめて性交を経験した年齢：(歳)

18.結婚の年齢：(歳) (初婚・再婚)

19.結婚してからの年数(年)

もし避妊をしていたらその期間：(年 か月)

20.現在の性欲：(つよい・ふつう・よわい)

21.性交回数：(週 回)

22.性交は満足に遂行できますか。：(できる・できない)

23.あなたご自身は今まで精液の検査を受けたことがありますか。

- ・検査を受けたことがある。結果(正常・精子が少ない・精子がない)
- ・検査を受けたことがない。

24.今までホルモンなどによる治療を受けたことはありますか。：(ある・ない)

25.現在のあなたの健康状態：(よい・下記の病気がある)

病名()

26.ヒゲは(毎日剃る・週 回剃る)

27.妻の年齢：(歳) お名前()

28.妻の健康状態：健康・病気あり(病名：)

29.妻は産婦人科で診てもらっていますか。：(はい・いいえ)

30.血液型 夫(型)

妻(型)