

基本情報	カルテID _____	※スタッフ記入 BMI() BP (/) P()																	
	ふりがな _____	身長()cm	体重 ()Kg																
	お名前 _____	(生年月日 S・H 年 月 日 歳)																	
	〒 _____ 住所 _____																		
	本人携帯 (- -)	職業 ()																	
受診目的	ご希望の診療内容を教えてください。 <input type="checkbox"/> 男性不妊相談 <input type="checkbox"/> ED相談 <input type="checkbox"/> 精液検査のみ(奥様当院受診なし) <input type="checkbox"/> その他 ()																		
結婚・妊娠について	①ご結婚されていますか? H・R 年 月 既婚(初婚・再婚)・未婚(婚約中・内縁) ②奥様(パートナー)のご年齢 歳 ③お子様を望んでどの位たちますか? 約 年 ヶ月位 ④奥様(パートナー)は妊娠されたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい 回 <input type="checkbox"/> いいえ ⑤お子様はいらっしゃいますか? <input type="checkbox"/> はい 人 <input type="checkbox"/> いいえ ⑥奥様(パートナー)以外の方との妊娠はありますか? <input type="checkbox"/> はい 回 <input type="checkbox"/> いいえ																		
既往歴	①下記に指摘や治療された病気はありますか? あてはまるものがある方は、下記の表内にお答えください。 <input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア(脱腸) <input type="checkbox"/> 停留精巣(睾丸) <input type="checkbox"/> 陰嚢水腫 <input type="checkbox"/> パイプカット <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤 <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 尿道炎(淋菌) <input type="checkbox"/> 尿道炎(クラミジア) <input type="checkbox"/> ヘルペス <input type="checkbox"/> 尖圭コンジローマ <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>発症年齢</th> <th>受診病院</th> <th>手術名</th> <th>治療内容・内服薬</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>歳</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>歳</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				病名	発症年齢	受診病院	手術名	治療内容・内服薬		歳					歳			
病名	発症年齢	受診病院	手術名	治療内容・内服薬															
	歳																		
	歳																		
	②放射線治療または抗癌剤治療を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ ③精巣(睾丸)の打撲や怪我をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい 歳 <input type="checkbox"/> いいえ ④精巣(睾丸)が腫れたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい 歳 <input type="checkbox"/> いいえ ⑤男性不妊の治療を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい 病院名 () 治療内容 () <input type="checkbox"/> いいえ																		
家族歴	ご家族に遺伝性の病気はありますか? <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ																		
アレルギー	アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 薬剤(薬剤名:) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他 ()																		
生活習慣について	①現在飲んでいるサプリメントはありますか? <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ ②アルコールは飲みますか? <input type="checkbox"/> はい () を () 本程度(機会飲酒・週数回・毎日) <input type="checkbox"/> いいえ ③たばこを吸いますか? <input type="checkbox"/> はい (本/日を 年間) <input type="checkbox"/> いいえ ④仕事などで右記のものを取り扱ったことがありますか? <input type="checkbox"/> 農薬 <input type="checkbox"/> 化学物質 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> ない																		
性機能について	①性欲はどうですか? <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 過剰 <input type="checkbox"/> 減退気味 <input type="checkbox"/> ない ②性交渉はできますか? <input type="checkbox"/> できる (回/月) <input type="checkbox"/> できない ③射精はどうですか? <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/> 腔内射精は困難 <input type="checkbox"/> 全くできない ④射精の快感(絶頂感)はありますか? <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> ない ⑤マスターベーションはしますか? <input type="checkbox"/> はい (回/月) <input type="checkbox"/> いいえ ⑥早朝の勃起(朝だち)に変化はありますか? <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ ⑦以前と比べて、体毛が薄くなっていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⑧以前と比べて、精巣(睾丸)が小さくなっていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																		