

予診票（男性）

【ご本人の情報】

ふりがな 氏名		生年月日	西暦	年	月	日(歳)	
		職業					
		身長	cm	体重	kg		
住所	〒 -						
所要時間	当院まで ◆電車で ◆車で ◆自転車で ◆徒歩で ()分程度						
電話番号	(◆自宅 ◆携帯)			留守電への録音 ◆Yes ◆No			

【緊急連絡先】 ◆妻 ◆パートナー ◆ご家族 (続柄)

ふりがな 氏名		生年月日	西暦	年	月	日(歳)
		職業				
住所	〒 -					
電話番号	(◆自宅 ◆携帯)			留守電への録音 ◆Yes ◆No		

1. これまで当院を受診されたことはありますか。	◆はい (最終受診 年 月頃)	◆いいえ
2. 来院される理由は次のどれですか。関係のあるもの全てにチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 不妊検査/不妊治療 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> プレ妊活/ブライダルチェック <input type="checkbox"/> TOKYO プレコンゼミ <input type="checkbox"/> その他 ()		
3. これまでにかかった病気はありますか。当てはまるものに○をつけてください。		
◆心臓 ◆腎臓 ◆肝臓 ◆糖尿病 ◆性病 ◆貧血 ◆高血圧 ◆喘息 ◆自己免疫 ◆甲状腺 ◆精神疾患 ◆その他 ()		
4. これまでに手術を受けたことはありますか。	◆ある (具体的に)	◆ない
5. 現在内服している薬 (内服の育毛剤を含む) はありますか。	◆ある (薬品名)	◆ない
6. 薬剤のアレルギーはありますか。	◆ある (薬品名)	◆ない
7. 食品やその他のアレルギーはありますか。	◆ある (具体的に)	◆ない
8. たばこを吸いますか。	◆はい ()本/日	◆いいえ
9. 結婚していますか。		
<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 結婚予定 (西暦 年 月頃) <input type="checkbox"/> 既婚 (結婚は 西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 事実婚 (◆同居 ◆別居)		

10. 当院をどちらでお知りになりましたか。(複数回答可)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 当院ホームページ | <input type="checkbox"/> 紹介 (◆医療機関 ◆友人 ◆知人) |
| <input type="checkbox"/> 不妊治療情報サイト() | <input type="checkbox"/> 書籍・雑誌() |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

11. 当院を受診しようと思われたきっかけを教えてください。(複数回答可)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 紹介されたから | <input type="checkbox"/> 当院が近いから |
| <input type="checkbox"/> タイミング法・人工授精法を考えているから | <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精を考えているから |
| <input type="checkbox"/> 当院が必要最小限の治療を目指しているから | <input type="checkbox"/> 当院が JISART の会員だから |
| <input type="checkbox"/> 以前当院にかかっていたから | <input type="checkbox"/> その他() |

12. 現時点でどのような治療を希望しているか教えてください。(複数回答可、治療希望時のみ)

- | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> タイミング法 | <input type="checkbox"/> 人工授精法 | <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 |
| <input type="checkbox"/> 着床前診断・先進医療など | <input type="checkbox"/> 医師と相談してから決めたい | |