**予診票（男性）**　選択肢では[ ] または[ ] をクリックしてください

【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 | ㎝ | 体重 | ㎏ |
| 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 |
| 1. 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。
 |
| [ ] 　不妊検査／不妊治療[ ] 　TOKYOプレコンゼミ | [ ] 　男性不妊[ ] 　その他（　　　　　　　　） | [ ] 　プレ妊活／ブライダルチェック |
| 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。 |
| [ ] 　未婚 | [ ] 　結婚予定（西暦　　　　　　年　　　月頃　） |
| [ ] 　既婚（結婚は　西暦　　　　　年　　　月　） | [ ] 　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） |
| [ ] 　当院ホームページ | [ ] 　紹介（[ ] 医療機関　　[ ] 友人　　[ ] 知人） |
| [ ] 　不妊治療情報サイト(　　　　　　　　　　　　) | [ ] 　書籍・雑誌（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ] 　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） |
| [ ] 　紹介されたから | [ ] 　当院が近いから |
| [ ] 　タイミング法・人工授精法を考えているから | [ ] 　体外受精・顕微授精を考えているから |
| [ ] 　当院が必要最小限の治療を目指しているから | [ ] 　当院がJISARTの会員だから |
| [ ] 　以前当院にかかっていたから | [ ] 　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） |
| [ ] 　タイミング法 | [ ] 　人工授精法 | [ ] 　体外受精・顕微授精 |
| [ ] 　着床前診断・先進医療など | [ ] 　医師と相談してから決めたい |  |