

海老名レディースクリニック不妊センター問診表（ご主人） 記入日 _____

(フリガナ)

氏名 (夫) _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

(フリガナ)

氏名 (妻) _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 _____ 自宅電話番号 _____ 携帯番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 職業 _____

1) ご結婚について

結婚年月日 (西暦 _____ 年 _____ 月) 当時 _____ 歳

離婚歴 なし・あり⇒ _____ 回 当時 _____ 歳 お子様 有・無

入籍されていない場合 (婚約中・事実婚・同棲中・未婚)

2) 今までにかかった主な病気・受けた手術について

なし・あり (下記記入)

高血圧 _____ 歳 糖尿病 _____ 歳 心臓病 _____ 歳 肝臓病 _____ 歳 腎臓病 _____ 歳 喘息 _____ 歳 精神病 _____ 歳

耳下腺炎 (成人後のおたふくかぜ) _____ 歳 高熱疾患 _____ 歳

副睾丸炎 _____ 歳 停留睾丸 _____ 歳

外陰部外傷 _____ 歳【手術あり・なし】 幼少時のソケイヘルニア (脱腸) _____ 歳【手術あり・なし】

虫垂炎 (盲腸) _____ 歳【手術あり・なし】

・上記以外病歴があればお書き下さい

(西暦)	病名・手術等	現在通院中の有無	病院名
年 月		あり・なし	
年 月		あり・なし	

・不妊検査 (精液検査) は受けられたことがありますか?

なし・あり (下記記入)

(西暦) _____ 年 _____ 月 結果: _____ 病院名: _____

3) 健康状態、嗜好品について

・お酒: 飲まない・飲む (毎日 _____ 時々 _____ 1日に _____ ml くらい)

・タバコ: 吸わない・吸う (1日 _____ 本) ・以前吸っていた (_____ 本) ・禁煙中

・アレルギーについて

なし・あり (薬剤名: _____ 食べ物: _____ その他: _____)

・現在内服中の薬やサプリメントなどありますか?

なし・あり (薬剤名: _____)

・肝炎 (B型・C型) 梅毒・エイズ・クラミジア・性病等 陽性になったことがありますか?

なし・あり (_____)

ありの方: 感染力は (なし・あり・分からない)

4) ご家族の中に特別な病気をお持ちの方はいらっしゃいますか?

いない・いる (遺伝病・糖尿病・高血圧・ガン・その他 _____)