**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　　　　　　　㎏　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）