

予診表

記入日

西暦.....年 月 日

ふりがな

氏名.....(歳)(身長.....cm)(体重.....kg)

今日おみえになった理由は何ですか？

BMI=

精液検査 ※本日は採血と、精液検査の説明を行います

以下の質問にお答え下さい

- ① 性欲はありますか ない ある
② 勃起しますか しない する
③ マスターベーションで射精しますか しない する
④ その他気になる点があれば書きください

見本

分かる範囲でご記入ください

精液検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	最終検診.....年 月頃 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり)
結婚について	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚	<input type="checkbox"/> 予定あり
パートナーとの妊娠・出産	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	妊娠.....回 出産.....回 流産.....回
パートナーは不妊治療・検査をお考えですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 他のクリニックに通院中
以前、定期的な治療を受けたことがある病名と治療内容（手術や内服治療など）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	治療歴
現在、治療中の病名、服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬の名前
今までに薬や注射でじんましんなどの異常が出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬の名前
喫煙をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 喫煙していた(.....歳まで) <input type="checkbox"/> 喫煙している(.....歳から) 現在1日(.....本)くらい
ご家族(血縁)に以下の病気の方がおられますか？ ガン,糖尿病,高血圧,高脂血症 など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いる	

※精液検査は、精子の条件/内容を知ることができます。

妊娠の可能性については、精液検査の結果だけで判断することはできません。

※保険適応ではありません。感染症検査・精液検査は原則自費診療で行います。