

問 診 票

記入日 年 月 日

| | | | |
|------------------|-------------|-------|-----|
| 本人 | ふりがな 氏名： | 生年月日： | 年齢： |
| 夫 (パート ナー) | ふりがな 氏名： | 生年月日： | 年齢： |

● 結婚歴について

結婚日 年
* 未婚の場合 (事実婚 ・ 婚約中 ・ 未婚)

● 不妊期間はどのくらいですか？ (年 ヶ月)
避妊期間はありましたか？ はい (年 ヶ月) ・ いいえ

● その他について

夫婦生活(セックス)は月に何回くらいですか？
(月に 回くらい)

現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？ はい ・ いいえ
(お薬またはサプリメント：)

● あなたの生活習慣について

お酒は飲まれますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)
「はい」の方は、どれくらい飲まれますか (1日)

たばこは吸われますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)
「はい」の方は、どれくらい吸われますか (1日 本 紙たばこ ・ 電子たばこ)

● ご主人(パートナー)について

お酒は飲まれますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)
「はい」の方は、どれくらい飲まれますか (1日)

たばこは吸われますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)
「はい」の方は、どれくらい吸われますか (1日 本 紙たばこ ・ 電子たばこ)

お仕事(生活リズム)は規則的ですか？ はい ・ いいえ

標準体型ですか？ はい ・ いいえ (やせ型 ・ やや肥満 ・ 肥満)

薄毛治療薬・男性型脱毛症(AGA)治療薬を内服されていますか？ はい ・ いいえ

現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？ はい ・ いいえ
(お薬またはサプリメント：)

今までにかかった病気や手術はありますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方は、ご記入ください
病気または手術 () () 才

アレルギーはありますか？ はい () ・ いいえ

不妊の検査や治療に協力的ですか？
はい ・ いいえ ・ 内緒にしている ・ わからない