

お名前 () 生年月日 (S・H 年 月 日) 年齢 () 歳

身長: c m / 体重: k g 携帯番号 (- -)

あなたの治療を行う上で必要な情報になりますので正確にお答えください。

すべての個人情報厳重に守ります。

1. 出生地 (都・道・府・県 郡・市 町・村)

2. 出生時における両親の年齢 (父 歳、母 歳)

3. ご家族 (ご自分のご両親やご兄弟) の疾患は
・ある だれ [] ・ない
病名 []

4. あなたを含んで生存兄弟姉妹 計 [] 人

5. あなたはそのうち [] 番目

6. 死産された兄弟はありますか。 (ある [] 人 ・ ない)

7. 結婚して子供のない兄弟姉妹がおられますか。 (○をつけてください)
(ある …… 兄、弟、姉、妹 ・ ない)

8. 家族に遺伝的な病気はありますか。 (ある [病名:] ・ ない)
血族結婚はありますか。 (ある ・ ない)

9. 幼少期から今までにかかった病気に○をつけてください。

はしか		おたふくかぜ		百日咳		風疹
インフルエンザ		猩紅熱		ジフテリア		水痘
腸チフス		肺炎		結核		鼠径ヘルニア
梅毒		淋病		糖尿病		

10. 今まで何か手術を受けられたことはありますか。 (ある [手術名:] ・ ない)

11. 現在服用している薬はありますか。 (ある [薬剤名:] ・ ない)

12. 喫煙歴はありますか。 (ある [いつからいつまで: 歳頃 ~ 歳まで] ・ ない)

13. 睾丸を蹴られたり、ボールがあたったりしたことはありますか。 (ある ・ ない)

14. 学童期にクラスで背は…… (高いほうだった ・ 中ぐらいだった ・ 低いほうだった)

15. 過去および現在の職業で次の物質や環境に接することはありませんでしたか。

該当するものがあれば○で囲んでください。

鉛 ・ 水銀 ・ 砒素 ・ 一酸化炭素 ・ カドミウム ・ 高熱環境 ・ 低音環境 ・ 放射能 ・ 酸素不足の状態

16. 現在の職業は次のうちどれですか。○で囲んでください。

(事務職 ・ 半事務的半肉体労働 ・ 肉体労働)

17. はじめて陰毛が生え、声変わりした年齢: (歳)

18. はじめて射精 (夢精) を経験した年齢: (歳)

19. はじめて性交を経験した年齢: (歳)

20. 結婚の年齢: (歳)

21. 結婚の年数: (年) (初婚 ・ 再婚)

22. 現在の性欲: (つよい ・ ふつう ・ よわい)

23. 性交回数: (週 回)

24. 性交は満足に遂行できますか。 (できる ・ できない)

25. あなたご自身は今まで精液の検査を受けたことはありますか。

- ・ 検査を受けたことがある。結果 (正常 ・ 精子が少ない ・ 精子がない)
- ・ 検査を受けたことがない。

26. 今までホルモンなどによる治療を受けたことはありますか。: (ある ・ ない)

27. 現在のあなたの健康状態: (健康 ・ 病気あり [病名:])

28. ヒゲは (毎日剃る ・ 週 回剃る)

29. 妻の年齢: (歳)

30. 妻の健康状態: (健康 ・ 病気あり [病名:])

31. 妻は産婦人科で診てもらっていますか。 (はい ・ いいえ)

32. 血液型: (夫: 型、妻 型) (裏面へ続きます→)

- ④アレルギーは (ある ・ ない)
「ある」方は 原因物質名 (薬品・食物等) ()
症状 ()

33.マイナ保険証について

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

※医療情報取得加算(初診時) 1点

- ① マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? (はい ・ いいえ)
ご同意いただくと、他の医療機関で処方されたお薬の情報を見ることができます。(直近1ヶ月以内のものは不可。)
- ② 過去1年間の間に特定健診を受診しましたか? (はい ・ いいえ)
「はい」の方は、受診時期: _____ 頃 指摘事項: なし ・ あり ()
- ③ 現在通院中の病院や受けている治療、処方薬について教えてください。

病院名	受診日	傷病名や治療内容	処方薬(現在服用・使用中のもの)
	/		
	/		
	/		

- ④ 本日紹介状はお持ちですか? (はい ・ いいえ)
「はい」の方は紹介元医療機関名: _____