

**健康保険の適用を受けるにあたり、重要な書類になります  
配偶者の情報も含めて、正確にお答えください。**

氏名 ( ) 年齢 ( 歳) 生年月日 ( )

- 身長は ( cm)、体重は ( Kg)
- 家族に遺伝的な病気の方は (いる・いない)  
血族結婚している人は (いる・いない)
- 今までにかかったことのある病気をお答えください。  
停留睾丸の手術 ( 歳)  
陰のう水腫の手術 ( 歳)  
そけいヘルニアの手術 ( 歳)  
睾丸のけが ( 歳)  
梅毒・淋病・クラミジア ( 歳)  
結核 ( 歳)  
糖尿病 ( 歳)  
蓄膿症・気管支拡張症・慢性気管支炎 ( 歳)  
おたふくかぜ ( 歳)  
抗がん剤治療 ( 歳)  
放射線治療 ( 歳)
- その他の病気や手術の経験があれば記入してください。
- 最近3カ月の健康状態につき、あてはまるものに○をつけてください。  
全く健康・病気がある (病名 )  
現在薬を内服して (いる・いない) (薬の名前は )  
最近3カ月以内に高熱や体調不良が (あった・なかった)
- タバコを現在吸っていますか?  
(吸う: 1日 本 年間)  
(吸わない: 以前から吸わない・( )歳から禁煙した・以前は1日( )本( )年間吸っていた)
- お酒は (飲まない・少し飲む・普通に飲む・多量に飲む)

裏に続きます・・・

8. 仕事などで、以下の物質や環境に接することはありましたか。あれば○をつけてください。

鉛・亜鉛・ひそ・一酸化炭素・カドミウム・高温環境・低温環境・放射線・酸素不足  
ご職業は（ ）

9. 初めて陰毛が生え、声変わりした年齢は（ 歳頃）

初めて射精（夢精）を経験した年齢は（ 歳頃）

10. 結婚の年齢は（ 歳）（初婚・再婚）

結婚してからの時間は（ 年 ヶ月）

その間、避妊をしていた期間は（ 年 ヶ月）

11. 子供は（いる・いない）（ 人）（ 歳）

妻は妊娠をしたことは（ある・ない）

12. いままで精液検査を受けたことが（ある・ない）

検査を受けたのは（ 年 ヶ月前）

検査を受けた病院は（ ）

検査の結果は（正常・精子が少ない・精子がない・不明）

今までにホルモンやその他の治療をうけたことはありますか。

（ある・ない・現在治療中）（薬の種類 ）

13. 夫婦間のセックスに問題が（ある・ない）

問題点（ ）

セックスの回数は月に（ 回）

勃起しますか（する・しにくい・全くしない）

射精しますか（する・しにくい・全くしない）

14. 夫婦の結婚記念日は（西暦 年 月 日）

15. 配偶者についてお尋ねします。

名前（ ） 年齢（ 歳） 生年月日（ ）

大きな病気をしたことが（ある・ない）

現在、婦人科・生殖医療クリニック等で検査・治療を受けて（いる・いない）

異常を指摘されて（いる・いない）

治療を受けて（いる・いない）（薬の種類 ）

ありがとうございました。受付にお渡しください。

メンズファータリティクリニック東京