

不妊外来 診療申込書

年 月 日

ふりがな		性別	職業	当院を受診した理由
氏名		男 ・ 女		1・紹介（他院・知人） 2・インターネット 3.（ ）
生年月日	S H 年 月 日 才 R			
住所	〒 アパート・マンション名もご記入下さい			
自宅TEL		携帯TEL		

問診票

1. ご結婚されていますか？	はい ・ いいえ
2. ご結婚して何年になりますか？	年
3. 奥様はおいくつになりますか？	歳
4. 現在、奥様は婦人科に通院されていますか？ はい と答えた方はどちらの病院ですか？	はい ・ いいえ ()
5. 本日の禁欲期間（精液を出さない日数）は何日間ですか？	日間
6. タバコは吸いますか？ はい と答えた方は1日何本ぐらい吸いますか？	はい ・ いいえ (約 本)
7. その他（ご質問があればお書きください）	