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（　　　　　　　　　）

1．身長は（　　　cm)、体重は（　　　Kg)

2．家族に遺伝的な病気の人は（いる・いない）
血族結婚している人は（いる・いない）

3．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）

4．その他の病気や手術の経験があれば記入してください。

5．最近３カ月の健康状態につき、あてはまるものに〇をつけてください。
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）

6．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）

7．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・精子がいない・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。
メンズファーティリティクリニック東京・京都