

初診申込書（男性用）

フリガナ		年齢	歳
氏名		生年月日	T S H 年 月 日
住所	〒		
TEL		緊急連絡先	本人携帯
			実家
メールアドレス			
職業			
*（既婚の方）結婚年月日 年 月 日（ 歳時）			
* 本日希望の診療内容について 精液検査・精子凍結・採血・その他（ ） 医師と相談の上決める			
* 本日の受診科 不妊科・漢方外来・その他（ ）			
* 本日紹介状はお持ちですか？ はい・いいえ			
* 異常体質はありますか？ ない・ある（ ）			
* 薬や注射で、かゆみ・発赤・動悸・ショックなどの症状を起こしたことはありますか？ ない・ある（薬剤名： 症状： ）			
* アレルギー体質はありますか？ ない・ある（ ）			
* 喫煙はされますか？ ない・ある（喫煙歴： 年間/ 歳から ）			
* 次の感染症と言われたことはありますか？ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV(エイズ) ・ ATLA ・ なし			
* 次の疾患と診断されたことはありますか？ ガン ・ 糖尿病 ・ ぜんそく ・ 心疾患 ・ 高血圧 ・ 甲状腺疾患 ・ 脳疾患 ・ なし			
* 輸血をしたことがありますか？ ない・ある（ 歳）			
* 手術等、大きな病気をされたことがある方、その他気になることがあればご記入ください			

裏面もご記入ください

* 田中温(院長)宛にお問い合わせされたことがありますか? はい ・ いいえ

<お問い合わせをされたことのある方のみご記入ください>

手紙 ・ TEL ・ FAX ・ Eメール ・ その他()で 年 月 日頃

返事は来ましたか? はい ・ いいえ

Eメールの方はメールアドレスを教えてください

東京カウンセリングを受けたことがありますか? いいえ ・ はい (年 月)

* 不妊治療をされたことがありますか? はい ・ いいえ

<不妊治療をされたことがある方のみご記入ください>

1. 精液検査をされたことはありますか? はい ・ いいえ

<ある方> 結果を教えてください []

2. 不妊治療を受けた病院名をご記入ください