

問診票（男性用）

ID. _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | |
|---|----------------|-------|----------------|
| フリガナ | | フリガナ | |
| 氏名 | | 配偶者氏名 | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生 (歳) | 生年月日 | 西暦 年 月 日生 (歳) |
| 職業 | | 職業 | |
| 身長： _____ cm 体重： _____ kg 血液型： _____ 型 (記入必須) | | | |
| 1. 個人歴について 避妊期間 ・あり (年 ヶ月) ・なし お子様 ・あり (人) ・なし | | | |
| 2. *結婚 (西暦 年 月) *離婚 (西暦 年 月) *未婚 *同棲 (西暦 年 月) *再婚 (西暦 年 月) | | | |
| 3. 内服薬や注射薬でアレルギーを経験したことがありますか？ ・あり (薬品名： _____) ・なし | | | |
| 4. 薬以外のアレルギーを経験したことがありますか？ ・ゴム ・アルコール綿 ・金属 ・大豆 ・卵 ・ピーナッツ ・他 食べ物 (_____) | | | |
| 5. 現在、常用しているお薬はありますか？ ・あり (薬品名： _____) ・なし | | | |
| 6. ステロイド剤 (副腎皮質ホルモン) もしくは、精神科の薬を服用したことがありますか？ ・あり (薬剤名： _____) (服薬期間： 年 月から 年 月) ・なし | | | |
| 7. これまでに下記のような病気をしたことがありますか？ ・なし ・39℃以上の発熱 (歳) ・睾丸を打って腫れたこと (歳) ・睾丸を降ろす手術 (歳) ・睾丸の袋(陰囊)に水が溜まったこと (歳) ・鼠径ヘルニア(脱腸) (歳) ・おたふくかぜ (歳) ・クラミジア ・淋菌 ・トリコモナス ・梅毒 ・高尿酸血症 ・高脂血症 ・高血圧 ・糖尿病 ・がん (部位： _____) ・結核 ・喘息 ・B型肝炎 ・C型肝炎 ・肝臓病 ・心臓病 ・腎臓病 ・甲状腺疾患 ・緑内障 ・潰瘍性大腸炎 ・その他 (_____) | | | |
| 8. これまでに大きな病気で通院・手術・入院などがありましたらご記入ください | | | |
| 年 月 | 病 名 | 通院 | 手術 |
| 年 月 | | 通院中 | 手術 |
| 年 月 | | 通院中 | 手術 |
| 入院 | | | |
| 入院 | | | |
| 入院 | | | |
| 9. タバコを吸われますか？ ・吸う (約 本/日) ・吸わない ・過去に吸っていたがやめた (歳から 歳まで) | | | |
| 10. お酒を飲まれますか？ ・飲む (ml/日) ・飲まない | | | |
| 11. その他、希望があれば記入してください | | | |