

# ブライダルチェック

## 問診票(男性用)

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな 氏名	( _____ 歳)	携帯番号			
		職業			
		夜勤	有 ・ 無	休日	有 ・ 無
生年月日	S ・ H _____ 年 _____ 月 _____ 日	身長	cm	体重	kg

既往疾患について該当するものにお答えください。

停留睾丸    そけいヘルニア    陰のう水腫    おたふくかぜ    前立腺炎    急性虫垂炎  
 副睾丸炎    睾丸炎    糖尿病    精索静脈瘤    性病(病名: \_\_\_\_\_)  
 その他( \_\_\_\_\_ )    特になし

過去に病気を指摘されたことはありますか？

ない     ある    病名: \_\_\_\_\_    病院名: \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

過去に手術を受けられたことがありますか？

ない     ある    病名: \_\_\_\_\_    病院名: \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

薬でアレルギーが出たことがありますか？

ない     ある    薬剤名: \_\_\_\_\_

食物アレルギーはありますか？

ない     ある    食品名: \_\_\_\_\_

以下の質問にお答えください

- ・運動はされていますか？                       はい                                       いいえ  
   はいの方: 運動名と頻度、時間を教えてください(運動名: \_\_\_\_\_ 時間: \_\_\_\_\_ 頻度: \_\_\_\_\_ )
- ・たばこを吸いますか？                               吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年)                       いいえ
- ・冷え症はありますか？                               ある     ない
- ・貧血ですか？     はい     いいえ
- ・便秘ですか？     はい     いいえ
- ・浮腫みやすいですか？                               はい     いいえ
- ・疲れやすいですか？                                       はい     いいえ
- ・睡眠はどれくらいですか？                              (約 \_\_\_\_\_ 時間)                              起床: \_\_\_\_\_ 時    就寝: \_\_\_\_\_ 時
- ・食物アレルギーはありますか？                       はい     いいえ

射精の頻度はどのくらいですか？                      週 / 月 / 年 \_\_\_\_\_ 回                       射精してない \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~

射精で気になることはありませんか？                      ( \_\_\_\_\_ )

勃起で気になることはありませんか？                      ( \_\_\_\_\_ )