

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？ (_____)