

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

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)

現在内服している薬はありますか？

- ない       ある      お薬名: \_\_\_\_\_      服用期間( \_\_\_\_年\_\_月から服用)

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？       いいえ       はい(運動名: \_\_\_\_\_)
- 運動する時間、頻度を教えてください      (時間: \_\_\_\_\_ 頻度: \_\_\_\_\_)
- ・たばこを吸いますか？       いいえ       はい (1日\_\_本 × \_\_年)
- ・冷え症はありますか？       いいえ       はい
- ・貧血ですか？       いいえ       はい
- ・便秘ですか？       いいえ       はい
- ・浮腫みやすいですか？       いいえ       はい
- ・疲れやすいですか？       いいえ       はい
- ・睡眠はどれくらいですか？ (約 \_\_時間)      起床: \_\_\_\_\_時      就寝: \_\_\_\_\_時

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

性交の頻度はどのくらいですか？       週( \_\_回)       月( \_\_回)

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？      ( \_\_\_\_\_ )

性生活は積極的にもてますか？      ( \_\_\_\_\_ )

性生活中で気になることはありますか？      ( \_\_\_\_\_ )

ブライダルチェックをしようと思ったきっかけを教えてください

{ \_\_\_\_\_ }