

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

{

}

裏へ続く

「食事について」

- ・3食きちんと食べていますか？ ☐ はい ☐ いいえ(食べられない理由:)
- ・食事時間は決まっていますか？ ☐ はい ☐ いいえ
(朝: ____時 昼: ____時 夕: ____時)
(____週 ____回)
- ・外食の頻度はどれくらいですか？
- ・野菜はどの程度食べていますか？ ☐ 毎日食べる ☐ 時々食べる ☐ あまり食べない ☐ 嫌い
- ・肉と魚はどちらをよく食べますか？ ☐ 肉 ☐ 魚
(何をどの程度食べますか:)
- ・よく間食をしますか？ ☐ はい ☐ いいえ
(何をどの程度食べますか:)
- ・サプリメントを飲んでいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
(種類と量:)
- ・お酒はよく飲みますか？ ☐ はい ☐ いいえ
(何をどの程度飲みますか:)