

フリガナ		生年月日	S / H	年	月	日
お名前		現在の年齢 歳	会社員・公務員・医療従事者・パート (職種: ) 夜勤あり・長期不在あり(単身赴任中・出張)			
フリガナ						
奥様 (パートナー) お名前						

以下の質問にお答えください。当てはまる項目に☑を付け、必要事項は記入してください。

① ご自身についてお聞かせください。

- ・結婚:西暦 年 月(当時: 歳)
- (離婚歴 ☐なし ☐あり→元配偶者との子供 ☐なし ☐あり( 人))
- ・入籍されていない場合:(☐婚約中 ☐事実婚 ☐同棲中)

② 健康状態についてお聞かせください。

- ・身長( cm) ・体重( kg)
- ・タバコは吸いますか。 ☐いいえ ☐はい→(1日: /本):以前吸っていた(喫煙歴 年)
- ・高熱を出したことはありますか。 ☐いいえ ☐はい→( 歳 病名: )
- ・おたふく風邪にかかったことがありますか。(成人後)☐いいえ ☐はい→( 歳)
- 「はい」の方→精巣が腫れましたか ☐いいえ ☐はい→(右・左・両方)
- ・外陰部(精巣)の打撲や怪我をしたことがありますか。 ☐いいえ ☐はい→( 歳)
- ・感染症(B型肝炎、C型肝炎、エイズ、梅毒、クラミジア)等、陽性になったことがありますか。  
☐いいえ ☐はい→\_\_\_\_\_
- ・その他、今までにかかった主な病気等ありますか。☐いいえ ☐はい(下記☑してください)
- ☐糖尿病 ☐高血圧 ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐精神病 ☐鼠経ヘルニア ☐停留睪丸 ☐副睪丸炎 ☐遺伝病
- ☐その他( )
- ・手術歴はありますか。

手術日	病名、手術等	現在通院中の有無
年 月		有・無
年 月		有・無

・ご家族の中に病気をお持ちの方はいらっしゃいますか。☐いいえ ☐はい(下記☑してください)

- ☐糖尿病 ☐高血圧 ☐膠原病 ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐癌 ☐肝炎 ☐遺伝病
- ☐その他( )

③ 性機能について当てはまることはありますか。時々不可能の場合は△をお付けください。

- ☐マスターベーション不可能 ☐性交渉不可能
- ☐性欲がない ☐勃起しない ☐挿入できない ☐膣内射精ができない ☐射精感はあるが精液が出ない
- ☐その他気になる症状( )