

問診票（男性用）

ふりがな お名前	生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳	
	血液型 型 Rh () ←分かる方のみご記入ください	
携帯電話	奥様（パートナー）氏名	
職業	<input type="checkbox"/> 既婚 結婚年月日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 近々結婚の予定 <input type="checkbox"/> 未婚	
住所	(〒 -)	
SBCグループの会員ですか？	<input type="checkbox"/> SBC会員（統一診察券を持っている） <input type="checkbox"/> SBC非会員（統一診察券を持っていない）	

2週間以内に海外の渡航歴はありますか？	いいえ・はい (国/都市名)
発熱・呼吸器症状（咳・喀痰・鼻汁など）はありますか？	いいえ・はい (症状)

●本日はどのようなことで受診されましたか？あてはまる項目すべてにチェックを入れてください。

- 医師の診察後、必要あれば検査したい 精液検査 感染症検査 付き添いのみ
その他 ()

以前当院に受診された時からお変わりございませんか？※お変わらない方は記載無用です。

1) 既往歴について

下記の疾患を患われたことがありますか？【なし・あり←ありの方は○を付けてください。】

流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・結核・糖尿病・心臓病・虫垂炎
腹膜炎・睾丸炎・副睾丸炎・陰嚢水腫（右・左）・逆行性射精・精索静脈瘤
下腹部外傷・骨盤外傷・精管結紮手術・陰茎下裂手術
鼠径ヘルニア手術・停留睾丸手術・喘息
その他()

2) 現在、定期的にまたは毎日、注射または内服しているくすりはありますか？

【無 有：注射またはお薬の種類 ()】

3) 皮膚の発疹や、ショック、局所の腫脹、かゆみ等のアレルギー反応を起こしたことがありますか？

無 ・有 内服薬 飲食物 注射薬 ゴム製品 金属

その他 ()

・アレルギー性鼻炎・眼瞼結膜炎 無 有 花粉症 ダニ症

4) 生活習慣

飲酒について [飲まない・飲む (種類 _____、週に _____ 回、 _____ 本・杯]

喫煙について [吸ってない・禁煙した (_____ 年 _____ 月頃から)・吸っている (_____ 本/日]

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。