

初 診 申 込 書 (男 性 用)

フリガナ		年齢	歳
氏名		生年月日	T S H 年 月 日
住所	〒		
TEL		緊急連絡先	本人携帯
			実家
メールアドレス			
職業			
身長 cm		体重 kg	
* (既婚の方) 結婚年月日 年 月 日 (歳時)			
* 本日希望の診療内容について 精液検査・精子凍結・採血・その他() 医師と相談の上決める			
* 本日の受診科 不妊科・漢方外来・その他()			
* 本日紹介状はお持ちですか? はい・いいえ			
* 異常体質はありますか? ない・ある()			
* 薬や注射で、かゆみ・発赤・動悸・ショックなどの症状を起こしたことはありますか? ない・ある(薬剤名: 症状:)			
* アレルギー体質はありますか? ない・ある()			
* 喫煙はされますか? ない・ある(喫煙歴:)			
* 次の感染症と言われたことはありますか? B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV(エイズ)・ATLA・なし			
* 次の疾患と診断されたことはありますか? ガン・糖尿病・ぜんそく・心疾患・高血圧・甲状腺疾患・脳疾患・なし			
* 輸血をしたことがありますか? ない・ある(歳)			
* 手術等、大きな病気をされたことがある方、その他気になることがあればご記入ください			

裏面もご記入ください

* 田中温(院長)宛にお問い合わせされたことがありますか? はい • いいえ

<お問い合わせをされたことのある方のみご記入ください>

手紙 • TEL • FAX • Eメール • その他()で 年 月 日頃

返事は来ましたか? はい • いいえ

Eメールの方はメールアドレスを教えてください

江東病院のカウンセリングを受けたことがありますか? いいえ • はい (年 月)

* 不妊治療をされたことがありますか? はい • いいえ

<不妊治療をされたことがある方のみご記入ください>

1. 精液検査をされたことはありますか? はい • いいえ

<ある方> 結果を教えてください []

2. 不妊治療を受けた病院名をご記入ください