

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