

男性用問診票

年 月 日

診察の前にご記入ください。該当のものがあればマルをお付けください。

・氏名 _____

・身長 _____ cm

・体重 _____ kg

・過去に当院を受診されたことがありますか。

(ある・ない)

・具体的なお症状・ご相談内容

・精液検査

・その他 ()

・飲酒されますか する→頻度

たまに

しない

・喫煙されますか する→頻度 本/日

しない

・睡眠時間 時間

・座位 多い 普通 少ない

・アレルギー 無し

有り) 薬剤()

食品()

・既往歴