

日常生活等についてお伺いします

- ◆喫煙について（吸わない、吸う： 本/日 年間、 年前にやめた）
- ◆飲酒について（全く飲まない、付き合い程度、週に3日以内、ほぼ毎日飲む）
- ◆日常生活で以下の物質や環境に接することがありますか。また、ありましたか。あれば○をつけてください。
（鉛、亜鉛、ヒ素、一酸化炭素、カドミウム、有機溶剤、高温環境、低温環境、放射能、酸素不足状態）
- ◆現在ヒゲを（毎日剃る、 回/週剃る、ほとんど剃らない）
- ◆現在服用中のサプリメントがありましたら□にチェックを入れ服用期間をご記入ください
 - マカ（ 年 月～ 年 月）
 - 亜鉛（ 年 月～ 年 月）
 - ビタミンC（ 年 月～ 年 月）
 - ビタミンE（ 年 月～ 年 月）
 - その他（ ）（ 年 月～ 年 月）

第2次性徴について

- ◆初めて陰毛が生え、声変わりしたのは（ 歳、不明）
- ◆初めて射精（夢精）したのは（ 歳、不明）

婚姻歴と性生活

- ◆ご結婚の年齢は（ 歳）（初婚、再婚、妻が再婚）
- ◆ご結婚してからの年数は（ 年 ヶ月）
- ◆現在のご結婚で避妊せずに妊娠に至らない期間は（ 年 ヶ月）
- ◆現在の奥様との間でのお子様は（無、有： 人 歳）
- ◆現在の奥様以外との間でのお子様は（無、有： 人 歳）
- ◆夫婦間のセックスにトラブルは（無、有： ）
- ◆夫婦生活は月に（ 回）
- ◆夫婦生活時に勃起しますか（する、しにくい、全くしない）
- ◆膣内射精は可能ですか（する、しにくい、全くしない）
- ◆マスターベーションは可能ですか（可能、不可能）
- ◆血液型 夫：(A, B, O, AB)Rh(+, -) 妻：(A, B, O, AB)Rh(+, -)
- ◆奥様についてご記入ください
 - 年齢（ 歳）
 - 過去にかかった大きな病気（ ）（ 歳の時）
 - 産婦人科の受診歴（無、有：病名 院名 ）
 - 女性不妊クリニック受診歴（無、有；院名 ）
 - 人工受精（ 回）、体外受精（ 回）
 - 流産や死産をしたことは（無、有：流産 回、死産 回）

アンケート

紹介先について教えてください	当クリニック受診動機 ※当てはまる項目すべてにチェックを入れてください
<input type="checkbox"/> 医師の紹介 →（ ）病院 （ ）先生	<input type="checkbox"/> 主治医の勧め <input type="checkbox"/> 家族の勧め <input type="checkbox"/> 知人の勧め <input type="checkbox"/> 専門医がいるため <input type="checkbox"/> 自宅または職場から近かったため
<input type="checkbox"/> 知人からの紹介 →（ ）様	<input type="checkbox"/> 自分でネット検索で見つけた(Yahoo!、Google 他()) <input type="checkbox"/> 現在の不妊治療では十分な効果が得られないため
<input type="checkbox"/> インターネット →サイト名など()	<input type="checkbox"/> ネット上で希望で <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 新聞・雑誌 →記事名など()	