

夫 氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 職業： \_\_\_\_\_

妻 氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 職業： \_\_\_\_\_

結婚年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

子供を授かりたいと思ったのは： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

おたふくかぜにかかったことがありますか

- 1 ある ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ) 2 ない 3 わからない  
(そのとき睾丸が 1 はれた 2 はれない 3 わからない)

睾丸や精管の手術を受けたことがありますか

- 1 ある ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ) 2 ない 3 わからない

脱腸(鼠経ヘルニア)の手術を受けたことがありますか

- 1 ある ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ) 2 ない 3 わからない

尿道炎、副睾丸炎、前立腺炎にかかったことがありますか

- 1 ある ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ) 2 ない 3 わからない

蓄膿、気管支拡張症、慢性気管支炎にかかったことがありますか

- 1 ある ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ) 2 ない 3 わからない

放射線医療を受けたことがありますか

- 1 ある (病名： \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ) 2 ない

抗癌剤治療を受けたことがありますか

- 1 ある (病名： \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ) 2 ない

糖尿病など、過去または現在治療中の病気がありますか

- 1 ある (病名： \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ) 2 ない

最近3か月間に高熱や体調不良がありましたか

- 1 あった (病名： \_\_\_\_\_ ) 2 なかった

常用薬剤がありますか

- 1 ある (薬剤名： \_\_\_\_\_ ) 2 ない

タバコは吸いますか

- 1 吸う ( \_\_\_\_\_ 歳から1日 \_\_\_\_\_ 本) 2 吸わない

アルコールは飲みますか

- 1 飲む (多量・普通・少し) 2 飲まない

勃起に問題がありますか

- 1 ない 2 ある ( \_\_\_\_\_ )

射精に問題がありますか

- 1 ない 2 ある ( \_\_\_\_\_ )

タイミング法はできていますか

- 1 ほぼ毎日 2 ときどき ( \_\_\_\_\_ 回に1回くらい) 3 わからない

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 氏名