

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