

精液検査 問診票

氏名	フリガナ		
生年月日	T・S・H	年 月 日	身長・体重 cm、 kg
電話番号	携帯電話:		
住所	〒		

- ① 薬のアレルギーはありますか？ はい いいえ
 薬品名 ()
- ② 過去にかかったことのある病気（風邪以外）はありますか？ はい いいえ
 病名 ()
- ③ 現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ
 病名 ()
- ④ 現在服薬中の薬はありますか？ はい いいえ
 薬品名 ()

⑤ 今まで精液検査を受けたことはありますか？ にをつけてください。

受けたことはない

受けたことある ⇒ 結果は、()

⑥ 精液検査を受けようと思ったきっかけは何ですか？

子供が欲しい 何となく気になるため 結婚前に調べておきたい

その他 ()

※最後に、当院を知ったきっかけを教えてください。 にをつけてください。

パソコン検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: _____

スマホ検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: _____

口コミ

知人の紹介

看板

ご協力ありがとうございました。