

男性問診票

記入日 年 月 日

氏名 生年月日 年 月 日 年齢 歳

身長 cm 体重 kg

以下の項目についてお聞かせ下さい。この用紙は次回の診察時にご持参下さい。

アレルギー 無・有 (アレルギー名: 薬品・食品名:)

AGA 治療 無・有 泌尿器疾患 無・有 糖尿病 無・有 高血圧 無・有

心疾患 無・有 腎疾患 無・有 肝疾患 無・有 呼吸器疾患 無・有

甲状腺疾患 無・有 その他 無・有 ()

上記の疾患で現在治療中の方は具体的にご記入下さい

年 月	病名	薬品名
年 月		
年 月		

手術歴のある方は具体的にご記入下さい

年 月	病名	手術名
年 月		
年 月		

成人してから高熱を出したことがある 無・有

成人してから“おたふく風邪 (ムンプス)”に罹ったことがある 無・有

喫煙 無・有 (本/日) 飲酒 無・有 (日/週)

現在服用しているサプリメント 無・有 ()

浜田病院・不妊科