

男性ブライダルチェック問診表

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)
氏名		職業	
携帯電話		自宅電話	
住所	〒 —		

以下の質問にお答えください。当てはまる項目に☑を付け、必要事項は記入してください。

① ご自身についてお聞かせください。

☐未婚 : 入籍されていないがパートナーがいる場合：(☐婚約中 ☐事実婚 ☐同棲中)

☐結婚：西暦 年 月 (当時 : 歳)

(離婚歴 ☐なし ☐あり→元配偶者との子供 ☐なし ☐あり (人))

② 健康状態についてお聞かせください。

・身長 (cm) ・ 体重 (kg)

・タバコは吸いますか。 ☐いいえ ☐はい→ (1日: /本) : 以前吸っていた (喫煙歴 年)

・サウナや岩盤浴にはよく行きますか。 ☐いいえ ☐はい (週1回 ・ 1か月に1回 ・ それ以下)

・高熱を出したことはありますか。 ☐いいえ ☐はい→ (歳 病名:)

・おたふく風邪にかかったことがありますか。(成人後) ☐いいえ ☐はい→ (歳)

「はい」の方→精巣が腫れましたか ☐いいえ ☐はい→ (右 ・ 左 ・ 両方)

・外陰部 (精巣) の打撲や怪我をしたことがありますか。 ☐いいえ ☐はい→ (歳)

・その他、今までにかかった主な病気等ありますか。☐いいえ ☐はい (下記☑してください)

☐糖尿病 ☐高血圧 ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐精神病 ☐鼠経ヘルニア ☐停留睪丸 ☐副睪丸炎 ☐遺伝病

☐その他 ()

・現在服用中の薬があればご記入ください ()

・手術歴はありますか。

手術日	病名、手術等	現在通院中の有無
年 月		有 ・ 無
年 月		有 ・ 無

③ 性機能について当てはまることはありますか。時々不可能の場合は△をお付けください。

☐性交経験なし ☐マスターベーション不可能 ☐性交渉不可能

☐性欲がない ☐勃起しない ☐挿入できない ☐膣内射精ができない ☐射精感はあるが精液が出ない

☐その他気になる症状 ()

④ ご希望される検査について選択ください。迷われている場合は無記入で提出ください。

☐精液検査

☐感染症 《 B型肝炎、C型肝炎、梅毒、エイズ (HIV)、ヒト細胞白血病 (HTLV-1) 》

馬車道レディスクリニック