

(男性版) 妊活プレチェック 問診票

年 月 日 (NO.) ※記入しないでください。

フリガナ

◆お名前 :

◆生年月日: (昭和・平成) 年 月 日 (歳)

◆ご住所: 〒 —

◆ご自宅 TEL: 携帯 TEL:

以下設問にご記入をお願いします。

① 過去に精液検査を行ったことはありますか? (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は、以下記入をお願いします。

(検査時期) 年 月 日頃

(結果)

② 喫煙 なし あり (本/日)

③ 飲酒 なし あり (1日量)

④ アレルギー なし あり ()

⑤ ご結婚はされていますか? はい ・ いいえ

⑥ その他、ご質問・相談等あれば記入してください。

全国 Franchise 528

おち夢クリニック名古屋