

7)おたふく風邪にかかったことがありますか(あり・なし)

ありの方はその際、精巢がはれましたか(はい・いいえ)

8)既往歴(○印で囲んでください)

喘息 / 糖尿病 / 膠原病 / がんなどの悪性疾患 / 精神疾患

B型・C型肝炎 / クラミジア尿道炎 / 梅毒 / HIV(エイズ) / 結核

その他()

手術の既往があれば教えてください。

① 病名: (施設名;)

術式:

② 病名: (施設名;)

術式:

9)煙草は吸いますか?(はい-いいえ)

「はい」のかた→(喫煙歴 年、本数 本/日)

10)ご家族で病気の方はいますか?

糖尿病 / 膠原病 / 遺伝的な病気 / がんなどの悪性疾患 / B型・C型肝炎

その他()

11)食物・薬物アレルギーはありますか。

ない・ある(具体的に_____)

12)現在のんでいる薬・サプリメントはありますか。

ない・ある

内服薬がある方は下記を記載もしくはお薬手帳のコピーを貼付してください。

① _____ mg 1日の内服量 _____錠

② _____ mg 1日の内服量 _____錠

③ _____ mg 1日の内服量 _____錠

④ _____ mg 1日の内服量 _____錠