

- 17 現在の性欲 (つよい ・ ふつう ・ よわい)
- 18 性交回数 週 回 又は 月 回
- 19 性交は満足に遂行できますか はい ・ いいえ
- 20 ヒゲをそる頻度は (毎日 ・ 週 回 ・ 月 回)
- 21 過去および現在の職業で次の物質や環境に接することはありますか
はい (鉛 ・ 水銀 ・ 砒素 ・ 一酸化炭素 ・ カドミウム ・ 高熱環境 ・ 低温環境
放射能 ・ 酸素不足の状態 ・ 有機溶剤 ・ 農薬 ・ その他化学物質)
いいえ
- 22 はじめて陰毛が生え、声変わりした年齢 歳 または (中学 ・ 高校 年)
- 23 はじめて射精(夢精)を経験した年齢 歳 または (中学 ・ 高校 年)
- 24 はじめて性交を経験した年齢 歳 または 未経験
- 25 睾丸をけられたり、ボールがあたったりしたことはありますか はい ・ いいえ
- 26 学童期にクラスで背は (高いほうだった ・ 中ぐらいだった ・ 低いほうだった)
- 27 幼少期から今までにかかった病気に○をつけて下さい

はしか	おたふくかぜ	百日咳	水痘	睾丸炎
インフルエンザ	猩紅熱	ジフテリア	クラミジア	停留精巣
風疹	肺炎	結核	神経疾患	ソケイヘルニア
梅毒	淋病	糖尿病	精神科疾患	がん
心疾患	腎臓疾患	肝疾患	外傷・交通事故	抗がん剤 有・無
内分泌疾患	皮膚科疾患			

- 28 出生時における両親の年齢は 父 歳 ・ 母 歳
- 29 御家族の方で病気の方はいらっしゃいますか (自分の両親や兄弟)
はい 誰が () 病名 () いいえ
- 30 あなたを含んで生存兄弟姉妹 計 人
あなたはそのうち 番目
- 31 死産された兄弟はありますか はい 人 ・ いいえ
- 32 結婚して子供のいない兄弟姉妹はいらっしゃいますか はい ・ いいえ
- 33 御家族に遺伝的な病気はありますか はい (病名) いいえ
- 34 血族結婚はありますか はい ・ いいえ
- 35 当院をなにでお知りになりましたか
主治医から紹介(医療機関:) 知り合いから聞いた(どなた:)
インターネット タウンページ 広告 エバグリーン 前をとおりかかって
- 36 最後になにか聞きたいことがあればご記入下さい