

# 남성 가임 신헌 설문지

※ 해당되는 항목들은 모두 기재해주세요.

## [본인]

이름:	생년월일: (만 세)	키/체중: cm/ kg	HP:	직업:
-----	-------------	--------------	-----	-----

## [아내]

이름:	생년월일: (만 세)	키/체중: cm/ kg	HP:	직업:
-----	-------------	--------------	-----	-----

1. 결혼 날짜 (초혼/ 재혼):                   년                   월                   일 / 혼인 신고 : 예 아니오

## 2. 배우자와의 임신력

총 임신횟수 ( 회)

분만횟수 ( 회)

출생일:                   년                   월                   일	성별:	출생일:                   년                   월                   일	성별:
------------------------------------------------------------------	-----	------------------------------------------------------------------	-----

유산횟수 (인공유산                   회 / 자연유산                   회)

## 3. 피임

피임하지 않은 기간 (                   년                   개월)

피임 방법 (                   )

부부 관계 (주                   회 또는 월                   회)

## 4. 난임 검사

	검사시행일	병원	검사 결과
정액 검사	년                   월                   일		
정액 검사	년                   월                   일		

## 5. 과거력/수술력

※ 해당되면 하고, 괄호 안에 자세히 기입해주세요.

비뇨기과 질환	<input type="checkbox"/> 유 (고환염, 부고환염, 요도염, 전립선염, 정류고환, 음낭수종, 요도하열, 탈장)		
내분비 질환	<input type="checkbox"/> 갑상선(약이름                   /기간                   )	알레르기	<input type="checkbox"/> 약물 (                   ) <input type="checkbox"/> 조영제 (                   )
	<input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 기타(                   )		<input type="checkbox"/> 기타 (                   )
수술력	수술명 (                   ) 수술시기(                   년                   월)	기타 질환	

6. 현재 복용중인 약물  무  유 ( 약 이름:                   )

## 7. 흡연, 음주

흡연	<input type="checkbox"/> 아니오
	<input type="checkbox"/> 예 (총                   년, 평균 1일                   갑/개비)
	<input type="checkbox"/> 금연중 (                   년                   월부터)
음주	<input type="checkbox"/> 아니오
	<input type="checkbox"/> 예 (평균 일주일 소주                   잔/병)