

## Comprehensive Questionnaire



In furigana or Latin letters (as shown on passport)	TEL ( ) —	Height cm	Weight kg
	Mobile ( ) —	Blood Type ( ) Rh ( )	
Name	Address 〒		
Nationality 国籍	Date of Birth _____ year _____ month _____ day	Age	
	If you have a clinic ID for this visit, please write it down.	Occupation 職業	

- At Oak Clinic, in accordance with the Personal Privacy Act, every patient's personal information is kept confidential and we are working to make sure all patient's privacy is protected.
- Please understand that at times when it is necessary we will call you on the telephone/mobile phone number that you have provided us with.

Please answer the following questions.

**1) Have you ever had a check-up at Oak Clinic, Sumiyoshi, Oak Clinic, Namba, Oak Clinic, Umeda, or Oak Clinic, Ginza?** (You cannot go to more than one clinic at a time for insured check-ups, because we are the same clinic group.) **【 YES • NO 】**  
 オーク会の他のクリニックを受診されたことはありますか？（同一法人の為、保険診療での同時通院が不可です）

**2) Please tell us why you are here today. (You may check as many as you like)** 本日来院された理由を教えてください。（複数でも結構です）

Want children 子どもがほしい

Want IVF (ICSI • TESE included) 体外受精希望（顕微授精・TESE 含む）

Want general fertility treatment 一般不妊治療希望 **【 Timing Guidance • Artificial Insemination "AIH" 】**  
タイミング指導 人工授精

Want predetermined sex selection 産み分け希望 **【 IVF • AIH • Timing • Calcium phosphate • Gel 】**  
体外受精 人工授精 タイミング リンカル ゼリー

Want an infertility test 不育症検査希望

Want a repeated implantation failure test 反復着床不全検査希望 **【 IFCE • ERA 】**

Please fill in any other things you want 他にご希望がございましたらご記入ください。（ ）

※If you attended the IVF Seminar 体外受精セミナー受講の方 → I attended the IVF Seminar in \_\_\_\_\_ (month) of \_\_\_\_\_ (year).

I want oocyte cryopreservation 卵子凍結希望

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月に卵子凍結セミナーを受講しました。

※If you attended the Oocyte Cryopreservation Seminar → I attended the Oocyte Cryopreservation Seminar in \_\_\_\_\_ (month) of \_\_\_\_\_ (year).

Want an Anti-Mullerian Hormone Test (Ovarian age test) AMH検査（卵巣年齢検査）希望

Want the Fertility Diet ダイエット希望

Gynecology 婦人科

Others (Please easily fill it out. 簡単にご記入ください。）

**3) Regarding your menstruation** あなたの月経について

When was your last period? 最近の月経はいつですか？

From: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_ days. Menarche 初経: \_\_\_\_\_ years old • Menopause 閉経: \_\_\_\_\_ years old

Menstrual Cycle is 月経周期は? :  25 ~ 38 days : ( \_\_\_\_\_ ) days  Shorter than 24 days 24 日より短い

Longer than or equal to 39 days 39 日以上  Longer than or equal to 3 months 3 か月以上

Menstrual Symptoms are 月経時の症状は? :  Heavy flow 量がかなり多い  Light flow 量がかなり少ない  Strong menstrual pains 月経痛が強い

Use of menstrual pain killers 月経時鎮痛剤使用 (name 薬名: \_\_\_\_\_)

**4) Have you ever had sexual intercourse before?** 性交の経験はありますか？

**【 YES • NO → Can you have a Transvaginal USG ( YES • NO • I DON'T KNOW ) 】** 経膈超音波（できる・できない・わからない）

**5) History of allergies** アレルギーの既往 **【 YES • NO → If YES, please answer the following 】**

Medicine 薬  Food 食物  Alcohol アルコール  Latex rubbers ラテックスゴム  Anesthetics 麻酔薬

(Causative substances 原因物質: \_\_\_\_\_)

(Symptoms 症状: \_\_\_\_\_)

**6) Medical History** 既往歴

( \_\_\_\_\_ years old, Illness name: \_\_\_\_\_, Name of medicine in use: \_\_\_\_\_, Treatment completed)

**7) Surgical History** 手術歴 ( \_\_\_\_\_ years old, Illness name: \_\_\_\_\_, Name of surgery: \_\_\_\_\_)

**8) Family History** 家族歴 Is there anyone in your family that has a special disease? 家族の中に何か特別な病気の人がありますか？

**【 NO • YES → (genetic disease • diabetes • cancer • other) 】** (遺伝病・糖尿病・がん・その他)

**9) Marriage History** 結婚歴  Married at age \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_, and now \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 歳で結婚し今 **【 living together • living separately 】**  
同居 別居

In a relationship 交際中  Divorced • Separated by death 離婚・死別

**10) Pregnancy/Birth History** 妊娠・分娩歴 ( \_\_\_\_\_ ) times pregnant 妊娠回数 ( \_\_\_\_\_ ) times gave birth 出産回数

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか？ **【 YES • NO 】**

Date	Number of Weeks	Weight	Gender	Transvaginal birth	Caesarian Section	Miscarriage	Abortion
_____ year _____ month	_____ weeks	_____ g	male • female				
_____ year _____ month	_____ weeks	_____ g	male • female				
_____ year _____ month	_____ weeks	_____ g	male • female				

We do have an interpretation service available for a fee. If you wish to have an interpreter, please ask the staff.

## 総合問診票



フリガナまたはローマ字 (パスポート記載のもの)	TEL ( ) -	身長	cm	体重	kg	
	携帯 ( ) -	血液型 ( )	Rh ( )			
氏名	住所 〒					
	生年月日	西暦	年	月	日	年齢
お問い合わせ照会番号 (お持ちの方はご記入ください)				職業		

・当院では、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めております。  
 ・必要に応じてお預かりしましたお電話番号に、お電話を差し上げることがあります。ご了承ください。

以下の質問にお答えください。

1) 今までに、オーク住吉産婦人科・オークなんばレディースクリニック・オーク梅田レディースクリニック・オーク銀座レディースクリニックを受診されたことはありますか？ (同一法人の為、保険診療での同時通院は不可です) 【 はい ・ いいえ 】

2) 本日来院された理由を教えてください。(複数でも結構です)

こどもがほしい

体外受精希望 (顕微授精・TESE 含む)       一般不妊治療希望 【 タイミング指導 ・ 人工授精 】

産み分け希望 【 体外受精 ・ 人工授精 ・ タイミング ・ リンカル ・ ゼリー 】

不育症検査希望

反復着床不全検査希望 【 IFCE ・ ERA 】

他にご希望がございましたらご記入ください。( )

※体外受精セミナー受講の方 → 年 月の体外受精セミナーに参加した。

卵子凍結希望 (セミナー受講の方 → 年 月の卵子凍結セミナーに参加した。)

AMH検査 (卵巣年齢検査) 希望

ダイエット希望

婦人科

その他 (簡単にご記入ください。)

3) あなたの月経について

最近の月経はいつですか？ 年 月 日より 日間 初経 ( ) 歳・閉経 ( ) 歳

月経周期は？  25～38日：( ) 日周期  24日より短い  39日以上  3か月以上

月経時の症状は？  量がかなり多い  量が少ない  月経痛が強い  月経時鎮痛剤使用 (薬名： )

4) 性交の経験はありますか？ 【 ある ・ ない → 経腔超音波 (できる・できない・わからない) 】

5) アレルギーの既往 【 なし ・ あり → ありの方は以下にお答えください 】

薬     食物     アルコール     ラテックスゴム     麻酔薬

(原因物質： )

(症状： )

6) 既往歴 ( 歳 病名： → 現在使用薬名 \_\_\_\_\_ ・ 現在完治 )

7) 手術歴 ( 歳 病名： → 手術名 \_\_\_\_\_ )

8) 家族歴 家族の中に何か特別な病気の人がありますか？ 【 いない ・ いる (遺伝病・糖尿病・がん・その他) 】

9) 結婚歴  年 月 歳で結婚し今 【 同居 ・ 別居 】     交際中     離婚・死別

10) 妊娠・分娩歴 ( ) 回妊娠 ( ) 回出産    • 現在、授乳中ですか？ 【 はい ・ いいえ 】

年月	週数	体重	性別	経腔分娩	帝王切開	流産	中絶
西暦 年 月	週	g	男・女				
西暦 年 月	週	g	男・女				
西暦 年 月	週	g	男・女				