



Men's Preliminary Screening Form

In furigana or Latin letters (as shown on passport)	TEL () —	身長 Height	cm	体重 Weight	kg
	Mobile () —				
Name	Address 〒				
Nationality 国籍	Date of Birth 生年月日 _____ year _____ month _____ day			Age 年齢	
	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.

Have you ever had the mumps? おたふくかぜにかかったことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい (age 年齢:) そのとき睪丸が 1. はれた 2. はれない 3. わからない
(At that time, testicles had: 1. Swollen 2. Not swollen 3. Not sure)

Have you ever had surgery on your testicles or vas deferens? 睪丸や精管の手術を受けたことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい (age 年齢:)

Have you ever had surgery for a hernia (groin hernia)? 脱腸(鼠径ヘルニア)の手術を受けたことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい (age 年齢:)

Have you ever had urethritis, epididymitis, or prostatitis? 尿道炎、副睪丸炎、前立腺炎にかかったことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい (age 年齢:)

Have you ever had a wound or burn to the penis or the testicles? 陰茎、睪丸など外陰部に外傷、火傷をしたことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい (age 年齢:)

Have you ever had purulent accumulation, bronchiectasis, or chronic bronchitis? 蓄膿、気管支拡張症、慢性気管支炎にかかったことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい (age 年齢:)

Have you ever had radiation treatment? 放射線治療を受けたことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい (age 年齢: / Disease name 病名:)

Have you ever had anti-cancer drug treatment? 抗癌剤治療を受けたことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい (age 年齢: / Disease name 病名:)

Are you presently being treated for a disease such as diabetes? 糖尿病など、過去または現在治療中の病気がありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい (age 年齢: / Disease name 病名:)

In the past 3 months, have you had a high fever or poor health conditions? 最近3ヶ月間に高熱や体調不良がありましたか?

1. No いいえ 2. Yes はい (Disease name 病名:)

Are there any medicines you are taking on a regular basis? 常用薬剤がありますか?

1. No いいえ 2. Yes はい (Medicine name 薬剤名:)

Are you a smoker? タバコは吸いますか?

1. No いいえ 2. Yes はい (_____ cigarettes/day from age _____) 1日 _____ 本 / _____ 歳から

Do you drink alcohol? アルコールは飲みますか?

1. No いいえ 2. Yes はい (A lot 多量 ・ Average 普通 ・ A little 少)

Do you shave everyday? ひげは毎日剃りますか?

1. Yes はい 2. Hardly ever ほぼ剃らない 3. Sometimes (Once every _____ days) とときどき (_____ 日に一度)

Is there a problem with your erection? 勃起に問題がありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい

Is there a problem with your ejaculation? 射精に問題がありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい

Do you have any allergies to medicine or food? 薬や食べ物にアレルギーがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい ()

Have you ever had asthma? ぜんそくにかかったことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい

Have you ever had a blood transfusion? 輸血をうけたことがありますか?

1. No いいえ 2. Not sure わからない 3. Yes はい [Blood type _____ Rh (+ / -)]

Wife's Name	Age 年齢	Blood Type 血液型 () Rh (+ / -)
	Occupation 職業	