



ADVANCED REPRODUCTIVE CENTER OF HAWAII

1319 Punahou Street, Suite 1180 Honolulu, HI 96826
Phone: (808) 949-6611 Fax: (808) 949-6610

Egg Donor Application

DATE APPLIED: _____

Please take your time and write legibly. We will remove your identifying information and provide this to our patients that are looking for an egg donor. You can email or fax your completed application to use (attention: Wayne). Our address and fax number are listed above.

Name: _____ Age: _____ Date of Birth: _____
氏名 年齢 生年月日

Address: _____ City: _____ State: _____
住所

Zip Code: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____
郵便番号 電話番号

Cell Phone: _____ Email Address: _____ Marital Status: _____
携帯番号 Eメールアドレス 婚姻状況

Social Security Number: _____

(アメリカ合衆国) 個人識別番号

Are you a U.S. Citizen? ☐ Yes ☐ No Country of Origin: _____
あなたはアメリカ市民ですか? 出身国

Are you a Resident Alien? ☐ Yes ☐ No If yes, provide your alien number: A _____
あなたは米国の永住者 (グリーンカード保持者) ですか?

Please include a copy of your social security card or TIN & green card along with the application

Are you a non-resident Alien? ☐ Yes ☐ No If yes, what type of VISA? _____
あなたは非居住外国人ですか? はいの場合、何のビザをお持ちですか?

Please include a copy of your visa & work permit information with the application

Would you be willing to provide photos of yourself, (between age 2- current) for prospective recipients to view?

2歳の時と現在のご自身の写真を、将来の卵子提供先候補者が閲覧できるように提供していただくことは可能でしょうか?

☐ Yes ☐ No If yes, please email them to arch@archawaii.com

可能でしたら、上記のメールアドレスまでお送りください

Why are you interested in becoming an egg donor? _____
卵子ドナーになりたい理由をお聞かせください

Ethnic Origin 民族的起源

Self: _____

ご自身

Father: _____

父

Mother: _____

母

Were you adopted? _____

あなたは養子ですか?

Physical Characteristics 身体的特徴

Date of Birth: _____

生年月日

Natural hair color: _____

地毛の色

Skin Tone: _____

スキントーン

Age: _____

年齢

Hair texture: _____

髪の毛質

Freckles: _____

そばかす

Height: _____

身長

Weight: _____

体重

Eye color: _____

目の色

Education

Did you complete high school? _____

高等学校を修了していますか？

Have you or are you currently attending college? _____

大学に在学中または在学していたことがありますか？

If yes, which college do/did you attend? _____

該当する場合、在学中または在学していた大学名をご記入ください

What is or was your major? _____

専攻または専攻していた分野は何ですか？

Degree(s) earned? _____

取得した学位は何ですか？

Personal Preferences/Abilities:

Are you skilled mechanically or technically? _____

機械的・技術的なスキルはありますか？

How are your abilities in mathematics? _____

数学に関するご自身の能力をどのように評価しますか？

How would you rate your literary skills? _____

読み書きの能力（リテラシースキル）について、ご自身の能力をどのように評価しますか？

How would you rate your athletic abilities? _____

ご自身の身体能力をどのように評価しますか？

How would you rate your musical ability? _____

ご自身の音楽的な能力をどのように評価しますか？

Artistic Talents? _____ What languages do you speak? _____

芸術的な才能はございますか？

どの言語を話せますか？

Religion: _____

信仰してる宗教があればご記入ください

Do you have any special talents or hobbies? _____

特技や趣味はありますか？

How would you describe your personality? _____

ご自身の性格の特徴をどのように捉えていますか？

What is your ultimate ambition in life? 人生で達成したい最も大きな目標は何ですか？

Reproductive History

Have you ever donated eggs before? _____ If yes, when? _____ Where? _____

これまで卵子提供をしたことがありますか？

該当する場合、実施した年月日と場所を教えてください

Have you ever been diagnosed with infertility? _____

医師から不妊症の診断を受けたことがありますか？

If yes, explain: _____

該当する場合、診断の詳細や経緯についてご説明ください

Are you currently sexually active? _____ What type of contraception do you use? _____

現在、性的な交渉を持っていますか？

どのような避妊法を使っていますか？

Have you had more than 10 past sexual partners? _____

過去に性的パートナーが10人以上いたことはありますか？

Have you ever been treated for the following sexually transmitted diseases?

以下の性感染症の治療を受けたことがありますか？（HIV・梅毒・淋病・クラミジア・尖圭コンジローマなど）

HIV (AIDS), Syphilis, Gonorrhea, Chlamydia, Genital Warts, Other: _____

Have you ever been pregnant? _____

妊娠したことがありますか？

If yes, how many times? _____

はいの場合、何回ですか？

How many children do you have? _____

お子さんは何人いますか？

Have you ever had an abortion? _____

中絶の経験はありますか？

If yes, how many? Year(s): _____

はいの場合、何回ですか？その年を記入してください

Have you ever had a miscarriage? _____

流産の経験はありますか？

If yes, how many? Year(s): _____

はいの場合、何回ですか？その年を記入してください

Have you been told of any gynecological problems (endometriosis, fibroids, ovarian cysts, abnormal pap smear, etc?)

何か婦人科系の問題があると診断されたことがありますか？(子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣嚢胞、異常な子宮頸がん検査結果など)

Is there a history of fertility problems in your family (difficulty conceiving or miscarriages)? _____

ご家族に不妊や流産のご経験がある方はいますか？(妊娠しにくいまたは流産しやすいなど)

If yes, explain: _____

はいの場合は、詳しくご記入ください

Medical History

Allergies (food, pollen, bee stings, medication, etc)

アレルギー(食べ物、花粉、蜂刺され、薬など)はございますか？

Describe childhood allergies you have outgrown: _____

子どもの時にあったが、今は治ったアレルギーについて記入してください

Do you have any medical illnesses (asthma, diabetes, seizure disorders, etc)? _____

持病はありますか？(喘息、糖尿病、てんかんなど)

Do you have any abnormal hair growth that requires regular removal? _____

定期的な除毛が必要な異常な毛の増加はありますか？

What are your bleeding tendencies: Do you have frequent nosebleeds, bleeding gums when you brush your teeth, and/or menstrual periods with blood clots? _____

出血傾向について教えてください(頻繁に鼻血が出る、歯磨き時に歯茎から出血する、血の塊を伴う生理があるなど)

Do you wear corrective lenses or have you had laser surgery? _____

矯正用のメガネやコンタクトレンズを使用していますか？またはレーザー手術を受けたことがありますか？

Are you currently under a physicians care for any reason? _____

現在何かの理由で医師の治療を受けていますか？

Have you ever had an eating disorder? _____ If yes, please explain: _____

これまでに摂食障害を経験したことがありますか？はいの場合、詳しくご記入ください

Vision: _____ Hearing: _____

視力

聴力

Have you ever had any type of surgery? _____ If yes, please explain: _____

これまでに手術を受けたことがありますか？はいの場合、詳しくご記入ください

List any drugs, prescription and non prescription, vitamins, or herbal supplements that you take regularly:

使用中の薬やサプリメント(処方薬、市販薬、ビタミン、ハーブサプリメントなど)をすべて記入してください

Any other medications taken in the last 5 years: 過去五年間に使用したその他の薬はありますか？

Do you smoke cigarettes? _____ If yes, how many? _____

タバコを吸いますか？

吸う場合は、1日に何本ですか？

Do you drink alcoholic beverages? _____ What types? _____

お酒を飲みますか？

何の種類のお酒を飲みますか？

How many drinks do you consume per day? _____ Week? _____ Month? _____

1日に何杯のお酒を飲みますか？

1週間・1ヶ月で何杯のお酒を飲みますか？

Have you ever used any kind of mind altering drugs such as marijuana, LSD, heroin, or cocaine? _____. If yes, state

what drugs, how often, and last date used? マリファナ、LSD、ヘロイン、コカインなど精神に作用する薬物を使用したことがありますか？ある場合は、使用した薬物の種類、使用頻度、最後に使用した日を記入してください。

Have you ever used narcotics (tranquilizers, valium, thorazine, oxycontin, etc)? _____

鎮静剤や麻薬性鎮痛剤（トランキライザー、バリウム、ソラジン、オキシコンチンなど）を使用したことはありますか？

If yes, state which drug, how often and last date used? _____

ある場合は、使用した薬物の使用頻度、種類、最後に使用した日を記入してください

Have you ever used anti-depressants (Prozac, Xanax, Zoloft, Buspar, Wellbutrin, etc.)? _____

抗うつ剤の使用歴はありますか？

If yes, state which drug, how often, and last date used: _____

ある場合は、使用した薬の種類、使用頻度、最後に使用した日を記入してください。

Have you ever used an injected drug or had a sexual partner who did so? _____

注射薬の使用歴、または注射薬を使用していた性的パートナーがいましたか？

Have you engaged in prostitution at any time since 1977? _____

1977年以降に売春に関与したことはありますか？

Have you been involved sexually with anyone during the last 12 months who has engaged in prostitution at any time

after 1977? 過去12ヶ月の間に、1977年以降に売春に関与したことはある方と性的関係を持ったことはありますか？

Have you been sexually active during the past 6 months? _____

過去6ヶ月間に性行為をしたことがありますか？

Are you in a monogamous relationship? _____ If no, what is the number of partners you have been sexually

active with over the last 6 months? _____

現在、配偶者やパートナーと一対一の関係にありますか？いいえの場合、過去6ヶ月間に性的関係を持ったパートナーの人数を教えてください

Have you ever had a sexual partner that was gay or bisexual? _____

同性愛者または両性愛者の性的パートナーがいましたか？

Have you or a partner of yours ever had a sexually transmitted disease (gonorrhea, chlamydia, syphilis, hepatitis,

herpes, condyloma, or trichomoniasis)? _____ Describe your diagnosis and treatment: _____

あなた、またはパートナーがこれまでに性感染症（淋病、クラミジア、梅毒、肝炎、ヘルペス、尖圭コンジローマ、トリコモナス）にかかったことはありますか？はいの場合、病名と治療法をご記入してください。

Have you had multiple sexual partners? 複数の性的パートナーがいましたか？

Have you ever been refused as a blood donor? _____ why? _____

献血を断られたことはありますか？

はいの場合、理由をご記入ください

Have you ever received a blood transfusion outside the US? _____

アメリカ国外で輸血を受けたことがありますか？

Have you ever received clotting factor concentrates for a bleeding problem such as hemophilia? _____

血友病などの出血障害に対して、凝固因子製剤を使用したことがありますか？

Have you been exposed to radiation or toxic chemicals in your workplace or personal life_____ If yes, explain:

職場や自宅などの生活環境で放射線や有害物質に晒されたことがありますか？はいの場合、詳細をご記入ください

Have you ever had a surgery? _____ If yes, describe: _____

これまでに手術を受けたことがありますか？はいの場合、内容を詳しくご記入ください

In the past 12 months have you been under a doctor’s care or had a major illness or surgery? _____

過去12ヶ月の間に医師の診療を受けたり、重大な病気にかかったことがありますか？

Have you ever received treatment of human growth hormone? _____

これまでにヒト成長ホルモンの治療を受けたことがありますか？

Have you ever had an organ or tissue transplant, including dura matter or cornea? _____

硬膜や角膜を含む、臓器または組織の移植を受けたことがありますか？

Have you ever been diagnosed with or had possible exposure to SARS (severe acute respiratory syndrome)?

SARSと診断されたことがありますか？またはSARSに感染した可能性はありますか？

Have you ever been diagnosed with West Nile virus? _____

ウェストナイル熱と診断されたことはありますか？

Have you ever been arrested or convicted of a crime? _____ If yes, please explain: _____

逮捕されたことや有罪判決を受けたことがありますか？

はいの場合、内容を詳しくご記入ください

Please list and describe all of your tattoos or body piercing(s):

Date Received:_____ Description Location _____ Sterile Needle(s) Used?_____

タトゥーとボディーピアスについて、以下の内容をご記入ください。受けた日付・場所・滅菌された針を使用したかどうか

Family Health History

	年齢 Age (if alive)	または死亡時の年齢 Or Age at Death	病歴または死因 Medical Problems or Cause of Death
Mother 母			
Father 父			
Brother(s): 1 兄弟			
2			
3			
4			
Sister(s): 1 姉妹			
2			
3			
4			
Maternal Grandmother 母方の祖母			
Maternal Grandfather 母方の祖父			
Paternal Grandmother 父方の祖母			
Paternal Grandfather 父方の祖父			
Children (if any): 子ども			

Please read the following list of medical problems carefully and indicate which ones you or you relatives have had. Please consider each condition carefully for each family member.

Please consider each condition carefully for each family member.

Medical Problems	Yourself	Mother	Father	Siblings	Grandparents	Other Family	Describe 詳細を御記入ください
	本人	母	父	ご兄弟	祖父母		
Heart							
A. Stroke 脳梗塞							
B. Heart attack 心筋梗塞							
C. Heart disease 心臓病							
A) From birth 先天性心疾患							
B) Other その他							
D. Hardening of the arteries 動脈硬化							
E. High cholesterol 高コレステロール							
F. High blood pressure 高血圧							
Blood							
A. Anemia 貧血							
B. Sickie-cell anemia 鍵状赤血球症							
C. Hemophilia or other bleeding problem 血友病							
D. Leukemia 白血病							
E. Immune deficiency 免疫不全							
G. Other Blood disorder その他							
Respiratory							
A. Hay fever 花粉症							
B. Asthma 喘息							
C. Emphysema 肺気腫							
D. Leukemia 白血病							
E. Lung cancer 肺がん							
F. Pneumonia 肺炎							
G. Cystic Fibrosis 嚢胞性繊維症							
H. Other lung disease その他の肺疾患							
Gastro-intestinal							
A. Ulcer of the stomach or duodenum 胃潰瘍							
B. Gall stones 胆石							
C. Emphysema 肺気腫							
D. Hepatitis A (infectious) A型肝炎							
E. Hepatitis B (blood) B型肝炎							
F. Colon cancer 大腸がん							
G. Ulcerative colitis 潰瘍性大腸炎							
H. Crohn's disease クローン病							
I. Intestinal cancer 腸がん							
J. Any other cancer/problem of the digestive system その他							
Metabolic/Endocrine							
A. Diabetes 糖尿病							
B. Hypoglycemia 低血糖							
C. Thyroid cancer 甲状腺がん							

Medical Problems	Yourselves	Mother	Father	Siblings	Grandparents	Other Family	Describe
D. Thyroid disease 甲状腺疾患							
E. Goiter 甲状腺腫							
F. Adrenal dysfunction or disorder 副腎機能障害							
G. Hyperactivity 多動症							
Urinary							
A. Kidney disease 腎臓病							
B. Other disease of urinary tract その他							
C. Rectal disorder 直腸の疾患							
Genital/Reproductive 生殖系疾患							
A. Undescended testicle 停留精巣							
B. Hypospadias 尿道下裂							
C. Prostate cancer 前立腺がん							
D. Uterine fibroid 子宮筋腫							
E. Ovarian cysts 卵巣嚢胞							
Cancer of the cervix 子宮頸がん							
Neurological							
A. Migraines 偏頭痛							
B. Mental Retardation 知的障害							
C. Senility before age 50 早期発症認知症							
D. Multiple sclerosis 多発性硬化症							
E. Epilepsy てんかん							
F. Cerebral Palsy 脳性麻痺							
G. Hydrocephalus 水頭症							
H. Disorder of the spinal cord 脊髄障害							
I. Huntington's chorea ハンチントン病							
J. Gaucher disease ゴーシェ病							
K. Wilson's disease ウィルソン病							
L. Creutzfeldt-Jakob disease クルツフェルト・ヤコブ病							
M. Alzheimer's disease アルツハイマー							
N. Spina bifida 二分脊椎							
O. Nuerofibromatosis 神経線維腫症							
P. Parkinson's disease パーキンソン病							
Q. Tuberous sclerosis 結節性硬化症							
R. Other diseases of the nervous system その他							
Mental Health							
A. Schizophrenia 統合失調症							
B. Manic depression 躁うつ病							
C. Bipolar illness 双極性うつ							
D. Eating disorders 摂食障害							
E. Depression 鬱							
F. Other mental heath disorders requiring hospitalization その他							
Muscular/ Bones/Joints							
A. Muscular dystrophy 筋ジストロフィー							

Medical Problems	Yourself	Mother	Father	Siblings	Grandparents	Other Family	Describe
B. Other chronic muscle disease その他の慢性筋疾患							
C. Lupus 全身性エリテマトーデス							
D. Deformity of the spine 脊椎の変形							
E. Dwarfism 小人症							
F. Hereditary lower back disease 遺伝の腰痛症							
G. Osteoporosis 骨粗鬆症							
H. Arthritis 関節炎							
I. Rheumatoid arthritis 関節リウマチ							
J. Gout 痛風							
Sight/ Sound/Smell							
A. Deafness before age 60 60歳未満の難聴							
B. Deformity of the ear 耳の奇形							
C. Cataracts before age 50 50歳未満の白内障							
D. Blindness 失明							
E. Color blindness 色盲							
F. Retinoblastoma 網膜芽細胞腫							
G. Glaucoma 緑内障							
H. Deviated septum 鼻中隔湾曲							
I. Any other sight, sound, smell disorder							
Skin その他の視覚・聴覚・嗅覚障害							
A. Acne ニキビ							
B. Eczema 湿疹							
C. Skin cancer 皮膚がん							
D. Pigmentation disorders 色素異常症							
E. Other disorders of the skin その他の皮膚疾患							
Other							
A. Alcoholism アルコール依存症							
B. Drug abuse, misuse, or addiction 薬物乱用							
C. Breast cancer 乳がん							
D. Any other cancer not mentioned above 上記に記載されていないその他のがん							
E. Learning disability 知的障害							
F. Autism 自閉症							
G. Cleft lip or palate 口唇裂							
H. Club foot 先天性内反足							
I. Albinism アルビノ							
J. Marfan syndrome マルファン症候群							
K. Any other birth defects その他の先天性異常							
L. Any other condition not mentioned above 上記に記載されていないその他の疾患							

Has any member of your family, including yourself, had a problem of defect at birth of any of the following systems?
あなた自身を含めて、ご家族の中に、以下のいずれかの器官系に関する先天性異常（出生時の欠損や異常）を持っていた方はいらっしゃいますか？

- 1. Bones, muscles, joints, limbs 60歳未満の難聴
- 2. Gastrointestinal system 消化器疾患
- 3. Nervous system, brain, spinal cord 脳神経疾患
- 4. Blood circulation 血液疾患
- 5. Respiratory system 呼吸器疾患
- 6. Organ (heart, lung, kidney, etc) 内臓疾患（心臓・肺・腎臓など）
- 7. Genital. Urinary 泌尿器疾患
- 8. Metabolic (hormones, enzymes, etc) 代謝性疾患

No _____ Yes _____

If yes, please list below the specific defect in each case:

病名 Birth Defect	関係性 Who	When Did it Happen発症時期	詳細をご記入ください Relevant Circumstances

Release of Photo and Donor Profile 私は、Advanced Reproductive Center of Hawaiiが、私の写真および卵子ドナー申請書を患者に共有することを許可します。これらの情報はAdvanced Reproductive Center of Hawaiiの内部でのみ管理され、提供先候補の患者にのみ開示されることを理解しています。

I authorize Advanced Reproductive Center of Hawaii to share my photos and Egg Donor Application with their patients. I understand that my photos and Egg Donor Application are only available to Advanced Reproductive Center of Hawaii and only distributed to prospective parents.

Donor’s Printed Full Name
氏名

Donor’s Signature
署名

Date
日付

Egg Donor Application Acknowledgment 私は、この申請書に記載した回答が、私の知る限り正確かつ真実であることを認めます。これらの回答およびその他の情報は完全に機密として取り扱われます。このアンケートから得られた情報は、匿名で受領者に提供されることがあります。故意に虚偽の情報を記載したり、情報を意図的に省略した場合、サイクル（提供プロセス）が中止される可能性があることを理解しています。

I acknowledge that the answers on this application are accurate and truthful to the best of my knowledge. These responses, and any other information I provide during the egg donation process, will remain completely confidential. Information from this questionnaire will be made available to the recipient/recipient couple anonymously. I understand that knowingly falsifying or omitting any information may result in cancellation of the cycle.

Donor’s Printed Full Name
氏名

Donor’s Signature
署名

Date
日付