

当院で治療を受けて頂く前に

当院では、一人でも多くの不妊症、不育症に悩む患者様に一日でも早くお子様を抱いていただきたく、スタッフ一同全力で取り組んでおります。皆様に快適でスムーズな治療を受けて頂くために、予めご理解頂きたいシステムやルールがございます。万が一、これらにご同意いただけない場合は残念ながら診療をお受けできかねますのでご了承ください。以下をよくお読みいただきご署名の上ご提出ください。

初診日 20 年 月 日

ID:

1	当院は、不妊治療専門クリニックです。タイミング法、人工授精、体外受精を実施する場合は婚姻関係の確認が必要です。ので、ご夫婦関係が記載されている戸籍謄本をご提出して下さい。戸籍上の変更があった場合には、速やかにご連絡ください。事実婚の場合にも当院既定の書類を提出して頂きます。	
2	チーム医療を実施しており、主治医制ではありませんので診療医師の固定や受けたくない医師の指定もできません。	
3	患者様の取り違えを防ぐために、ご本人様から氏名、生年月日など繰り返し言っていただく場合があります。	
4	自宅採精より持参された精液は夫(パートナー)の検体とみなして、検査、人工授精の調整、体外受精の調整、凍結保存を行います。万が一、自宅採精より持参された検体が夫(パートナー)以外の精液だと後に判明した場合でも、その精子を用いたことで生じた事態については責任を負いません。	
5	初診基礎検査については必ず当院で受けていただきます。	
6	ご夫婦共に感染症検査(B型・C型肝炎、梅毒、HIV)と奥様のクラミジア抗原検査を2年毎に実施致します。これはご夫婦間の相互感染を防止するためや院内感染予防、更には生まれてくる赤ちゃんのためと考えています。お受け頂けない場合は診療できません。	
7	検査結果は、診察時に医師より直接お話し致します。間違いを防ぐため電話ではお伝えできませんのでご了承ください。また、診療内容に関することも、特別な場合を除きお電話ではお話しできません。	
8	ご夫婦それぞれの検査データについては、ご夫婦間で共有して頂き治療を進めていきます。基本的に診療情報は必要に応じて奥様またはご主人様などのパートナーにお話し致します。	
9	基礎体温表は大切な情報伝達の一つと考えており、医師や看護師も書き込みを致しますので、上段の暦は6ヶ月先までの日付を記入の上来院時には毎回ご提出ください。(基礎体温表は、当院専用のものを使用して頂きます)	
10	注射は、原則的に在宅自己注射となり、当院にて自己注射レッスンを必ず受けて頂きます。	
11	体外受精・顕微授精もしくは、胚移植を実施する場合、日本産科婦人科学会の倫理規定に基づき、施術ごとに同意書を提出して頂く必要があります。同意書は、ご夫婦の意思確認をするための重要な書類となりますので、自筆で署名の上、速やかにご提出ください。万が一、同意書の提出がない場合は、体外受精・顕微授精または、凍結融解胚移植は行いません。	
12	胚、精子、卵子の凍結を希望される場合、それぞれの「凍結保存同意書及び廃棄処分同意書」に自筆で署名の上提出して頂きます。保存期間満了日は凍結保存報告書に記載しております。患者様ご自身で保存期限の管理をしていただくようお願いいたします。万が一凍結更新のご連絡を頂けない場合や連絡がつかない場合は、同意書に基づき適用させて頂きます。	
13	体外受精・顕微授精の採卵、胚移植時に専門の知識と技術を有する男性胚培養士、男性薬剤師が立ち会う場合があります。	
14	診療上必要な超音波検査は、卵巣・卵子・胎児に対して安全性の高い設定で実施します。また妊娠後の検査で胎児異常が疑われた場合は早期に対応できるよう患者様に伝えます。	
15	一度お渡ししたお薬・注射薬等については、返品交換はできません。また、間違いを防ぐため原則的にお薬の郵送は致しません。	
16	治療に影響する可能性がありますので、当院の指示以外で他の医療機関と並行して治療はできません。	
17	過去の治療回数などに虚偽の申告や間違った申告が明らかになった場合は、保険診療を行った料金について遡って、当院規定の自費料金をご請求させて頂きます。	
18	必要に応じて、過去に治療を実施した他の医療機関又は保険者に問い合わせる場合があります。	
19	診療時間は、月曜日～土曜日の9時～17時です(火曜日・木曜日のみ19時00分まで)。 第2・第4日曜日は午前中のみ診療を行っております。第1・第3・第5日曜日・祝日・年末年始は休診となります。	

20	待ち時間を軽減するため予約診療を行っておりますが、どうしても待ち時間が発生する場合があります。 待ち時間を軽減するため以下のことにご協力をお願い致します。		
	①	投薬や診療に関するご希望などは、必ず診察室で医師にお申し出下さい。診察終了後に看護師や受付でお申し出を頂いても対応できかねますので、予めメモなどをご用意いただき医師にお伝え下さい。	
	②	検査・治療の内容についてはできるだけ丁寧にご説明致しますが、疑問があれば当院のHPやガイドブックもご利用下さい。	
	③	患者様からのお問い合わせについてはご用件を確認し、折り返し連絡させていただく場合があります。その際、順番に連絡させていただきますので連絡時間のご指定は出来かねますことをご了承下さい。	
	④	多くの患者様が来院されるため、お一人あたりの診療時間が限られております。質問などは前もって簡潔明瞭におまとめ頂き、他の患者様の待ち時間軽減にご協力下さい。	
	⑤	診察の混雑状況により、やむを得ず担当医師を変更する場合があります。	
21	災害時はやむを得ず、体外受精を含めた全ての診療を休止・中止する場合があります。		
22	診察及び処置をキャンセルされる場合は、必ずお電話にてできるだけ早く事前にご連絡ください。		
23	院内で大声を出すなど他の患者様に迷惑や恐怖を与える行為、当院職員に対する暴力や暴言等、また正当な理由なく医師の指示を守らない、など当院の運営や医療行為を妨げる、と院長が判断した場合は受診をお断りする場合があります。		
24	院内ではマナーをお守り下さい。大声で携帯電話を使用されたり、備え付けの本や備品のお持ち帰りなど他の患者様のご迷惑となる行為は絶対におやめ下さい。また、他の患者様への感染を防止するため、風邪などをひかれた場合は必ずマスクを着用して頂き、インフルエンザや風疹、ノロウイルスなど感染症に罹患している場合やその疑いがある場合は来院をお控え下さい。		
25	医療の質の向上を図るために、外部審査機関(JISARTやISO)によって行われる施設認定審査を受ける事があります。審査時に審査員が患者様の情報を閲覧する場合がありますが、個人情報 は 厳重に保護されております。		
26	診療にて得られた情報を学術論文や学会発表等に使用する場合があります。原則としてデータは匿名化します。研究を承諾されない場合は、右記 ☐ にチェックをつけてください。 ☐ 研究に承諾しない 研究項目を承諾されなくても患者様に不利益は生じません。		
27	精液検査後の精子を不妊治療法の向上のため研究に用いることがあります。また、利用後は速やかに廃棄され他の治療目的に転用されることはありません。研究にて得られた情報を学術論文や学会発表等に使用する場合があります。原則としてデータは匿名化します。研究を承諾されない場合は、右記 ☐ にチェックをつけてください。 ☐ 研究に承諾しない 研究項目を承諾されなくても患者様に不利益は生じません。		
28	保険適用の薬・注射の仕様・治療には制限がございます。保険適用での治療または保険適用外での治療かはお自身の責任で選択してください。		
29	国の方針により、混合診療はできませんので保険適用の治療期間中は、保険適用外の治療・検査・一部の統合医療を受けていただくことはできません。		
30	当院にて診療を受けられた場合は、当日診療費用をお支払い頂きます。ご夫婦で診察に入られた場合は診療内容によりご夫婦分の診察料がかかります。 お支払方法は、クレジットカード、デビットカードのみになり、カード名義人の来院が必要ですので予めご準備をお願い致します。現金でのお取扱いはできません。また、診療費をお支払い頂けない場合は以後の診察をお受けすることができませんのでご了承ください。		
31	当院は、世界的に著名な不妊治療専門施設ですので、教育目的に世界から医師や培養士などが見学する場合があります。		
32	当院での診療に関連する全ての契約に関し、日本の法律に準拠し同法にしたがって、解釈され執行されるものとします。		
33	当院での診療その他全ての事項に関して訴訟を提起する場合、大阪地方裁判所を第一審の専属管轄裁判所とします。		



HORACグランフロント大阪クリニック
院長 森本 義晴

以上の内容をよく読み十分に理解しましたので、診療を申し込みます。通院中は貴院のルールを遵守します。

20 年 月 日
ご住所：
妻 署名：
（パートナー）
夫 署名：

ID.

フリガナ		フリガナ			
妻氏名		夫氏名			
生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)	生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)		
身長: cm ・ 体重: kg					
I	結婚について	☐ 結婚 (西暦 年 月)	☐ 妻に離婚経験がある場合		
		☐ 再婚 (西暦 年 月)	前夫とのお子様: 無・有、不妊治療歴: 無・有 ()		
		☐ 事実婚 (西暦 年 月)	☐ 夫に離婚経験がある場合		
		☐ 未婚 (結婚予定: 西暦 年 月)	前妻とのお子様: 無・有、不妊治療歴: 無・有 ()		
II	月経について	①最終月経: 月 日から 日間 ②本日は、月経開始日から 日目 ③月経周期 (月経開始日から次の月経前日までの日数): ☐ 順調 (日周期) ☐ 不順 (日～ 日周期) ④月経量: (多い・普通・少ない) ⑤月経痛: (強い・少し・なし)			
III	受診理由は?	☐ 一般治療 (タイミング療法・人工授精) を希望 ☐ 体外受精・顕微授精を希望 ☐ 相談のみ希望 (お話のみ希望 ・ 医師とのお話により検査するか決めたい) ☐ 不育・着床検査も希望 (理由: 流産既往あり・良好胚を胚移植しても妊娠に至らない・検査をしてから治療を開始したい・その他) ☐ 不育検査のみ希望 (理由: 他施設で不妊治療を継続中 ・ 不妊治療は希望しない) ☐ その他 ()			
IV	妊娠について *妊娠回数 (回)		病院名	妊娠における治療の有無	
	1	西暦 年 月 妊娠 週 (ヶ月)	☐ 分娩 (経膣・帝王切開) ☐ 死産 (か月) ☐ 中絶 ☐ 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍が見えた)		☐ なし (自然妊娠) ☐ あり (タイミング療法・人工授精・IVF妊娠)
	2	西暦 年 月 妊娠 週 (ヶ月)	☐ 分娩 (経膣・帝王切開) ☐ 死産 (か月) ☐ 中絶 ☐ 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍が見えた)		☐ なし (自然妊娠) ☐ あり (タイミング療法・人工授精・IVF妊娠)
	3	西暦 年 月 妊娠 週 (ヶ月)	☐ 分娩 (経膣・帝王切開) ☐ 死産 (か月) ☐ 中絶 ☐ 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍が見えた)		☐ なし (自然妊娠) ☐ あり (タイミング療法・人工授精・IVF妊娠)
	4	西暦 年 月 妊娠 週 (ヶ月)	☐ 分娩 (経膣・帝王切開) ☐ 死産 (か月) ☐ 中絶 ☐ 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍が見えた)		☐ なし (自然妊娠) ☐ あり (タイミング療法・人工授精・IVF妊娠)
V	子宮癌検査を1年以内に受けられましたか?: いいえ・はい (年 月) ☐ 異常なし ☐ 指摘あり ()				
VI	今まで不妊治療の経験はありますか? (あり ・ 検査のみ ・ なし) *他施設から転院の場合、転院理由があれば教えてください。 ()				
VII	妻の家族歴	・奥様の血縁関係のある方に下記の疾患があれば ()にご本人との続柄をご記入ください。 ☐ なし ☐ 糖尿病 () ☐ 高血圧 () ☐ 心臓病 () ☐ 血栓症・脳梗塞 ()			
VIII	夫の既往症	・ご主人が今までに経験した病気や、現在かかっている病気はありますか? (あり ・ なし) 癌 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ リウマチ ・ 精神疾患 痛風 ・ 前立腺肥大 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ その他 ()			
IX	喫煙されていますか? (電子タバコも含め)				
	妻: はい ・ いいえ ・ 以前喫煙していた (本/日 : 喫煙年数 年)				
	夫: はい ・ いいえ ・ 以前喫煙していた (本/日 : 喫煙年数 年)				
X	当クリニックまでの通院時間: 約 時間 分 ・ 交通手段 ()				
XI	お仕事をされていますか? ☐ なし ☐ あり : 勤務時間 (時 ～ 時) (常勤 ・ パート : 職種)				

《予診票②》 ID.

氏名

◆既往症について

1	婦人科疾患	・今までに経験した病気・入院・手術や、現在治療中の病気はありますか？（あり・なし） ＊「あり」の場合は、詳細をご記入ください。			
		年 月	病名	治療内容	病院名
		西暦 年 月			
		西暦 年 月			
2	婦人科疾患以外	・今までに経験した病気や、現在治療中の病気はありますか？（なし・あり） 癌（ ）・糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・甲状腺疾患・リウマチ 脳血管疾患・B型肝炎・C型肝炎・梅毒・その他（ ） 統合失調症・うつ病・パニック障害・てんかん・過換気症候群・頭部外傷後遺症 その他 精神科・心療内科領域の症状（ ） ＊「あり」の場合は、詳細をご記入ください。			
		年 月	病名	治療内容	病院名
		西暦 年 月			
		西暦 年 月			

◆不妊治療歴（不妊期間 約 年 か月）※以前当院の治療歴があり、最終来院日から1年以上空いている方は、当院治療後の治療歴からご記入ください。

	年月（病院名）	治療内容	検査
1	西暦 年 月～ 病院名（ ）	☐ タイミング治療（ 回） ☐ 人工授精（ 回） ☐ 体外受精・顕微授精（採卵 回、胚移植 回） ＊詳細は別紙記入してください ☐ その他	☐ 子宮卵管造影：異常なし・指摘あり（右・左・両側）の閉塞・狭窄、その他（ ） ☐ 子宮鏡：異常なし・指摘あり（子宮内膜ポリープあり切除、その他）（ ） ☐ 精液検査
2	西暦 年 月～ 病院名（ ）	☐ タイミング治療（ 回） ☐ 人工授精（ 回） ☐ 体外受精・顕微授精（採卵 回、胚移植 回） ＊詳細は別紙記入してください ☐ その他	☐ 子宮卵管造影：異常なし・指摘あり（右・左・両側）の閉塞・狭窄、その他（ ） ☐ 子宮鏡：異常なし・指摘あり（子宮内膜ポリープあり切除、その他）（ ） ☐ 精液検査
3	西暦 年 月～ 病院名（ ）	☐ タイミング治療（ 回） ☐ 人工授精（ 回） ☐ 体外受精・顕微授精（採卵 回、胚移植 回） ＊詳細は別紙記入してください ☐ その他	☐ 子宮卵管造影：異常なし・指摘あり（右・左・両側）の閉塞・狭窄、その他（ ） ☐ 子宮鏡：異常なし・指摘あり（子宮内膜ポリープあり切除、その他）（ ） ☐ 精液検査
4	西暦 年 月～ 病院名（ ）	☐ タイミング治療（ 回） ☐ 人工授精（ 回） ☐ 体外受精・顕微授精（採卵 回、胚移植 回） ＊詳細は別紙記入してください ☐ その他	☐ 子宮卵管造影：異常なし・指摘あり（右・左・両側）の閉塞・狭窄、その他（ ） ☐ 子宮鏡：異常なし・指摘あり（子宮内膜ポリープあり切除、その他）（ ） ☐ 精液検査

<特記事項> ＊他施設に凍結保存中の胚などがある場合はご記入ください。

≪問診票≫

記入日 20 年 月 日

奥様ID

氏名

I. 下記の疾患、アレルギーの経験はありますか？

	有無	いつ頃、どのような症状でしたか？
①アスピリン喘息 (痛み止めで喘息が出る) (禁:アセロ・ホル坐 NSAIDs全て)	ない	初回発作 歳頃、 最終発作 歳頃
②喘息 (小児喘息を除く)	ない	
③小児喘息	ない	最終発作 歳頃
④緑内障 (禁: 硫酸アトロピン)	ない	
⑤大豆・卵黄アレルギー (禁:プロホフォル)	ない	
⑥抗生剤アレルギー (セフェム系) (禁:セファメゾン、フルマリン、 セファペン、ケフラール・・・)	ない	
⑦抗生剤アレルギー (その他)	ない	
⑧ペニシリンアレルギー (禁:サリリン、オクメンチン)	ない	
⑨ゴム (ラテックスアレルギー) (禁: ラテックスチューブ)	ない	採血時に縛るゴムの使用 (出来る ・ 出来ない)
⑩果物、野菜、ナッツ類 (禁: ラテックスチューブ)	ない	
⑪その他の食べ物 (禁:ラテックスチューブ・その他)	ない	
⑫歯科などでの 局所麻酔時のトラブル (禁:キシロカイン)	ない	
⑬手術や麻酔時のトラブル	ない	
⑭アルコール綿 (禁: エストロシエル)	ない	
⑮ピリンアレルギー (禁:SG顆粒)	ない	
⑯ステロイド剤・免疫抑制剤の内服 (禁:メトニ) (注:MRワチン)	ない	
⑰甲状腺疾患	ない	低下症 ・ 亢進症 ・ その他()
⑱心臓病・不整脈	ない	
⑲過緊張、過呼吸、パニック	ない	
⑳血が止まりにくい	ない	
㉑金属	ない	婦人科診察時の器械類の使用 (出来る ・ 出来ない)
㉒その他	ない	

II. 内服薬・注射薬等で副作用やアレルギーを経験した事がありますか？ (ない ・ ある)

・「ある」と答えられた方は下記にご記入下さい。

いつ頃	薬品名	どのような症状でしたか？
歳頃		
歳頃		

III. 常用薬について

現在常用中の薬やサプリメントはありますか？	ない	ある	(薬名をお書きください)
-----------------------	----	----	--------------

《問診票 男性用》

記入日 20 年 月 日

ID : 氏名 :

生年月日 : 西暦 年 月 日 (歳)

奥様 氏名 : (歳)

身長 :	cm	体重 :	kg	血液型 :	型 (Rh)
職業 :					
受診理由 (気になること)	☐ 男性不妊検査 ☐ 男性不妊治療 (無精子症、射精障害、EDなど) ☐ 泌尿器科専門外来受診希望 ☐ 体外受精・顕微授精希望 ☐ 相談 () ☐ その他 ()				
結婚について	☐ 結婚 (西暦 年 月) ☐ 事実婚 (西暦 年 月) ☐ 未婚 * 入籍予定: ☐ なし ☐ あり (西暦 年 月頃) ☐ 再婚 (西暦 年 月)				
個人歴について	不妊期間 ☐ なし ☐ あり (年)				
	子供 ☐ なし ☐ あり (歳)				
不妊検査・治療 について	精液検査		☐ ない ☐ ある (☐ 正常 ☐ 異常 ())		
	男性不妊の治療		☐ ない ☐ ある (治療内容)		
	性欲		☐ ある ☐ ない方 ☐ ない		
	性交渉		☐ できる (回/月) ☐ 困難		
性機能について	勃起		☐ する ☐ しない		
	射精 (腔内で)		☐ 可能 ☐ やや困難 ☐ 困難		
	射精 (マスターベーションで)		☐ 可能 ☐ やや困難 ☐ 困難		
病歴について	下記の症状・病気・手術 (☐ ない ☐ ある) ☐ 停留睪丸手術 ☐ 鼠径ヘルニア (脱腸) 手術 ☐ 陰嚢水腫 (睪丸の袋に水がたまる) ☐ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ☐ 尿道炎 ☐ 前立腺炎 ☐ 性病 () ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 * いつ頃どのような治療をされたかお書き下さい。				
薬について	下記の薬の内服 (☐ ない ☐ ある) ☐ 高血圧治療薬 ☐ 高脂血症治療薬 ☐ 肝炎治療薬 ☐ 抗ウイルス剤 ☐ 乾癬治療薬 ☐ 痛風治療薬 ☐ 抗癌剤 ☐ 育毛剤 ☐ 免疫抑制剤 ☐ その他 () * 薬の名前をお書きください。(避妊が必要な薬があります)				
	内服薬や注射でのアレルギーの経験 (☐ ない ☐ ある) * ある方は、薬の名前・症状を詳しくお書き下さい。				
喫煙について	タバコを吸われていますか ☐ いいえ ☐ はい (本/日、 年間)				

採血・注射について

不妊治療を行う上で、採血・注射は、必要な医療行為です。

採血・注射は多少の痛みを伴いますが、安全性の高い手技です。しかし、稀に副作用が起こる可能性があります。副作用は軽症のものが多くとされていますが、ごく稀に次のような健康被害を生じることがあります。副作用は、100%防止することはできませんが、患者様にできるだけ苦痛なく治療を受けていただけるように、予防策を講じ慎重に実施しています。また、患者様ご自身にもご協力いただきたいことがございますので下記ご参照ください。

万が一下記のような症状により院内で治療したり、他科を受診する場合の診療や治療の費用は、自己負担になります。

採血・注射の必要性・危険性・注意事項を十分ご理解の上、採血・注射をお受けいただきますよう宜しくお願い申し上げます。

■皮下出血(内出血)・皮下血腫

皮下出血は、0.9%(約 1/100 人)の頻度で起こる可能性があります。また、極稀にしばらく経ってから皮下血腫により神経を圧迫し、しびれ感など神経損傷が起こる場合があります。皮下出血・皮下血腫の原因は、針を抜いた後の不十分な止血があげられます。また、体調や、治療上血液をサラサラにする治療をされている場合には血が止まり難い場合もあります。

針を抜いた後は、**必ず5分以上親指で圧迫止血**してください。

また、一度止血しても再度出血する場合がありますので、採血・注射を受けられた日は、針を刺した側の腕に強い力をかけるような動作は避けてください。

■神経損傷

神経損傷は、0.01% (1/10000 人) の頻度で起こる可能性があります。皮膚層近くの神経は個人差が大きく、前もってその場所と走行を確認することはできません。針を刺した時に、手指に広がる痛み、しびれ感、筋力低下などが生じ、その後も一定期間症状が持続することがあります。通常の採血・注射では太い神経の断裂などの可能性は低く損傷は軽度で症状は一時的な場合がほとんどです。採血・注射時に、しびれ感を感じられるようであれば直ちに施行者に伝えてください。

採血においては、短い針（翼状針）を使用し神経損傷が起こりにくいよう予防に努めています。

また、排卵誘発剤（HMG）・HCG 注射は、従来筋肉注射として投与しておりましたが、海外ではすでに皮下注射で投与され効果が変わらないことが明らかになっていることより当院では、神経損傷等の発生頻度を低下させるため皮下注射で投与しています。

■血管迷走神経反応

血管迷走神経反応は、心理的に緊張、不安が強いと起こりやすいとされ、0.01%～1%の頻度で起こるといわれています。急激に血圧が下がることにより、めまい、気分不快感、意識喪失などの症状が生じることがあります。

■アレルギー

アルコール消毒薬によるアレルギーにより、かゆみ、発疹、発赤などが起こることがあります。アルコール綿アレルギーの既往がある方は、採血・注射前にその都度申し出てください。別の消毒薬に変える事が出来ます。また、他にも薬剤によるアレルギー反応により、血圧低下、ショック症状などが出現することがあります。アレルギーの既往がある方は、予めお申してください。

HORAC グランフロント大阪クリニック 院長 森本 義晴

年 月 日

ID 氏名

採血・注射について

不妊治療を行う上で、採血・注射は、必要な医療行為です。

採血・注射は多少の痛みを伴いますが、安全性の高い手技です。しかし、稀に副作用が起こる可能性があります。副作用は軽症のものが多くとされていますが、ごく稀に次のような健康被害を生じることがあります。副作用は、100%防止することはできませんが、患者様にできるだけ苦痛なく治療を受けていただけるように、予防策を講じ慎重に実施しています。また、患者様ご自身にもご協力いただきたいことがございますので下記ご参照ください。

万が一下記のような症状により院内で治療したり、他科を受診する場合の診療や治療の費用は、自己負担になります。

採血・注射の必要性・危険性・注意事項を十分ご理解の上、採血・注射をお受けいただきますよう宜しくお願い申し上げます。

■皮下出血(内出血)・皮下血腫

皮下出血は、0.9%(約 1/100 人)の頻度で起こる可能性があります。また、極稀にしばらく経ってから皮下血腫により神経を圧迫し、しびれ感など神経損傷が起こる場合があります。皮下出血・皮下血腫の原因は、針を抜いた後の不十分な止血があげられます。また、体調や、治療上血液をサラサラにする治療をされている場合には血が止まり難い場合もあります。

針を抜いた後は、**必ず5分以上親指で圧迫止血**してください。

また、一度止血しても再度出血する場合がありますので、採血・注射を受けられた日は、針を刺した側の腕に強い力をかけるような動作は避けてください。

■神経損傷

神経損傷は、0.01% (1/10000 人) の頻度で起こる可能性があります。皮膚層近くの神経は個人差が大きく、前もってその場所と走行を確認することはできません。針を刺した時に、手指に広がる痛み、しびれ感、筋力低下などが生じ、その後も一定期間症状が持続することがあります。通常の採血・注射では太い神経の断裂などの可能性は低く損傷は軽度で症状は一時的な場合がほとんどです。採血・注射時に、しびれ感を感じられるようであれば直ちに施行者に伝えてください。

採血においては、短い針（翼状針）を使用し神経損傷が起こりにくいよう予防に努めています。

また、排卵誘発剤（HMG）・HCG 注射は、従来筋肉注射として投与しておりましたが、海外ではすでに皮下注射で投与され効果が変わらないことが明らかになっていることより当院では、神経損傷等の発生頻度を低下させるため皮下注射で投与しています。

■血管迷走神経反応

血管迷走神経反応は、心理的に緊張、不安が強いと起こりやすいとされ、0.01%～1%の頻度で起こるといわれています。急激に血圧が下がることにより、めまい、気分不快感、意識喪失などの症状が生じることがあります。

■アレルギー

アルコール消毒薬によるアレルギーにより、かゆみ、発疹、発赤などが起こることがあります。アルコール綿アレルギーの既往がある方は、採血・注射前にその都度申し出てください。別の消毒薬に変える事が出来ます。また、他にも薬剤によるアレルギー反応により、血圧低下、ショック症状などが出現することがあります。アレルギーの既往がある方は、予めお申してください。

HORAC グランフロント大阪クリニック 院長 森本 義晴

年 月 日

ID 氏名