KPtﾌﾟﾁｱﾝｼﾞｭ予診票230301

《プチアンジュ予診票①》 ID.

フリガナ		説明会受講日 20 年 月 日 説明動画視聴日 20 年 月 日 初診日 20 年 月 日
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日生（ 歳）	身長： cm ・ 体重： kg

Ⅰ	結婚について	□ 未婚 → パートナー （あり ・ なし） → 結婚予定 （西暦 年 月頃） □ 結婚 （西暦 年 月） □ 再婚 （西暦 年 月） □ 事実婚 （西暦 年 月）
Ⅱ	月経について ＊本日月経周期 （ ）日目	①初潮は（ ）歳 ②最終月経：（ 月 日）から（ ）日④月経量：（ 多い ・ 普通 ・ 少ない ） ③月経周期 （月経開始日から次の月経開始まで） ⑤痛 み：（ 強い ・ 少し ・ なし ） □ 順調（ 日周期） □不順（ 日～ 日周期）

Ⅲ 妊娠・出産歴について

①性交（セックス）の経験はありますか？（なし・あり）

②妊娠・出産歴があれば記入してください。（妊娠 回）

				病院名
1	西暦 年 月	妊娠 週 （ ヶ月）	□分娩（ 経腟 ・帝王切開 ） □中絶 □死産（ か月） □流産 （妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 心拍が見えた）	
2	西暦 年 月	妊娠 週 （ ヶ月）	□分娩（ 経腟 ・帝王切開 ） □中絶 □死産（ か月） □流産（妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 心拍が見えた）	

Ⅳ 既往症について

1 婦人科

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 ）

＊「あり」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 婦人科以外

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？ （ 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 ・

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			

3 家族について

血縁者が経験した病気や現在かかっている病気はありますか？ （ なし ・ あり ）

子宮癌 ・ 卵巣癌 ・乳癌

癌 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 精神疾患

Ｂ型肝炎 ・Ｃ型肝炎 ・ 梅毒 ・その他（ ）

4 子宮癌検診について

子宮癌検診を受けたことはありますか？

□ 受けたことはない

□ ある（もっとも最近の検診：西暦 年 月頃 ⇒ 結果：異常なし・異常あり）

Ⅴ 喫煙について

・ 喫煙していますか？ いいえ ・ はい （ 本/日： 喫煙年数 年）

Ⅵ	当クリニックまでの通院時間（自宅から）	約 時間 分 交通手段（ ）
	当クリニックまでの通院時間（職場から）	約 時間 分 交通手段（ ）

Ⅶ 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 ）

・受診可能な時間帯について教えて下さい。（複数可）

□日中（9：00-16：00）□火・木曜日の夕診（17：00-19：30）□土曜日（9：00-16：00）□第2・4日曜日（10：00-11：30）

《プチアンジュ予診票②》ID：＿＿＿＿＿

①当院を受診されたきっかけは何ですか？	ホームページ・インターネットで調べた・広告・雑誌・知人の紹介・家から近い・その他（		
②卵子凍結を希望される理由を教えて下さい。	〔　　〕		
③治療を開始するにあたって心配な事はありますか？	ない	ある	〔　　〕
④採卵時の緊急連絡先が必要になります。親族へ卵子凍結することを話されていますか？	はい	いいえ	続柄：〔　　〕
⑤採卵を希望する時期はいつ頃ですか？ （なるべく早く、夏休み、年度末以外、etc）	〔　　〕		
⑥来院について、急なお仕事との調整は可能ですか？	可能	頑張れば可能	不可能

質問用紙

◆初診時にお伺いしますので、ご質問があればこちらにご記入下さい。

①

②

③

④

⑤

≪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:ｱｾﾘｵ・ﾎﾞﾙ坐 NSAIDs全て)	ない	ある	初回発作　　歳頃、　最終発作　　歳頃
②喘息（小児喘息を除く）		ない	ある	
③小児喘息		ない	ある	最終発作　　歳頃
④緑内障	(禁 ： 硫酸ｱﾄﾛﾋﾟﾝ	ない	ある	
⑤大豆・卵黄アレルギー	(禁:ﾌﾟﾛﾎﾟﾌｫｰﾙ)	ない	ある	
⑥抗生剤アレルギー（セフェム系）	(禁:ｾﾌｧﾒｼﾞﾝ、ﾌﾙﾏﾘﾝ、 ｾﾌｶﾍﾟﾝ、ｹﾌﾗｰﾙ・・)	ない	ある	
⑦抗生剤アレルギー（その他）		ない	ある	
⑧ペニシリンアレルギー	(禁:ｻﾜｼﾘﾝ、ｵｰｸﾞﾒﾝﾁﾝ)	ない	ある	
⑨ゴム（ラテックスアレルギー）	(禁 ： ﾗﾃｯｸｽﾁｭｰﾌﾞ)	ない	ある	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 ： ﾗﾃｯｸｽﾁｭｰﾌﾞ)	ない	ある	
⑪その他の食べ物	(禁：ﾗﾃｯｸｽﾁｭｰﾌﾞ・その他)	ない	ある	
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	ある	
⑬手術や麻酔時のトラブル		ない	ある	
⑭アルコール綿	(禁：ｴｽﾄﾛｼﾞｪﾙ)	ない	ある	
⑮ピリンアレルギー	(禁:SG顆粒)	ない	ある	
⑯ステロイド剤・免疫抑制剤の内服	(禁:ﾒﾗﾄﾆﾝ) (注：MRﾜｸﾁﾝ)	ない	ある	
⑰甲状腺疾患		ない	ある	低下症　・　亢進症　・　その他(　　)
⑱心臓病・不整脈		ない	ある	
⑲過緊張、過呼吸、パニック		ない	ある	
⑳血が止まりにくい		ない	ある	
㉑金属		ない	ある	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	ある	

Ⅱ.内服薬・注射薬等で副作用やアレルギーを経験した事はありますか？　（　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)

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いとされていますが、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、手指に拡がる痛み、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、予めお申しでください。

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

当院で治療を受けて頂く前に

当院では、将来お子様を望まれる患者様に安心して安全に治療をお受け頂けるよう、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	当院での卵子凍結年齢は、卵子採取時の女性年齢が20歳以上42歳以下の方を対象としています。		
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	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。		
5	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。これは患者様自身の健康管理のため、院内感染予防のため、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。		
6	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。		
7	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）		
8	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。		
9	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。		
10	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。		
11	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。		
12	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、順番に連絡させて頂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。	
13	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30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。		
14	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。		
15	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。		
16	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。		
17	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、風邪などを引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、ノロウィ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。		
18	卵子を凍結された場合、凍結期限は患者様ご自身で管理していただいておりますので期限切れには十分にご注意下さい。凍結の際、「凍結保存・廃棄同意書」に自筆で署名の上提出して頂きます。これは、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に使用するものです。		
19	当院は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。		
20	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、左記□にチェックをつけてください。研究項目を承諾されなくても治療法に差は生じません。		
21	国の方針により、妊孕性温存療法は保険適用外の治療となります。		
22	妊孕性温存の為に凍結保存している卵子を用いて体外受精を行う場合は保険適用外の治療となります。		
23	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。お支払方法は、クレジットカード、デビッドカードのみになり、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。		
24	当院での診療に関連する全ての契約に関し、日本法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。		
25	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。		

IVF JAPAN

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:

GPt(卵子凍結)当院で治療を受けて頂く前に230703

ご本人様　署名: