

＜ 調節卵巣刺激スタートの前に・麻酔問診票 ＞

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID： _____ 氏名： _____ (_____ 歳)

● **体外受精の診察は、毎回採血や注射などでお時間がかかります。**

※体外受精プログラムスタートの日は、**月経開始したらご自身で「採卵周期開始」を選んでご予約下さい。月経2～3日目に来院。**

月火木金	8：30～11：00 14：30～18：30
水	8：30～11：00
土	8：30～10：00 14：00～16：00

上記時間の中でご来院くださいますようお願いいたします。

● **体外受精の治療スタートから3週間くらいの中で、上記時間内で来院できない日はありますか？**

本人： なし あり (例) ○月○日 (月経○日目)

(_____)

夫： 採精不可日 (例) ○月○日～○日 (月経○日目～○日まで出張のため不在)

なし あり (_____)

※来院できない日が多い、場合はIVFスタートできない事もあります。(月経12～15日目に採卵になる可能性があります)

※採卵当日は朝8時に奥様が精液をご持参頂きます。

麻酔問診表

質問事項	回答欄	
1 今まで手術や麻酔で問題がありましたか？ある場合は☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> アナフィラキシー ↳ (いつ、経緯： _____) <input type="checkbox"/> 転倒 (いつ、経緯： _____) <input type="checkbox"/> 意識消失 (いつ、経緯： _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	はい	いいえ
2 前兆のある頭痛はありますか？ ※前兆とは①光や視野一部が欠ける②感覚が鈍くなる③言葉を話しにくくなる現象を指します	はい	いいえ
3 血栓症の既往はありますか？	はい	いいえ
4 以下の病気になったことはありますか？ はい、の場合は○で囲んで下さい。 ・喘息 (最終発作： _____ 歳、吸入薬： あり / なし) ・呼吸器疾患 (_____) ・てんかん (最終発作： _____ 歳、内服薬： あり / なし) ・脳神経疾患 (脳梗塞/脳出血) ・甲状腺 _____ ・精神疾患 (_____) ・脂質代謝異常症 ・抗リン脂質抗体症候群 ・肝臓/腎臓疾患 ・心疾患 (心不全 / 不整脈 / 動悸息切れ / 浮腫 / 狭心症) ・緑内障 ・高血圧 ・糖尿病 ・その他 (_____)	はい	いいえ
5 現在、使用している薬や常備薬はありますか？ はい、の場合は何の病名に対しての薬剤かご記入ください。 病名 (_____) 薬剤名 (_____)	はい	いいえ
6 タバコを吸いますか？又は吸っていましたか？ はい、の場合は以下をご記入下さい。 ・現在吸っている → 1日 (_____) 本を (_____) 年間吸っている ・昔吸っていたが止めた → (_____) 年前まで吸っていた	はい	いいえ
7 出血が止まりにくくなった経験はありますか？	はい	いいえ
8 アルコール、ゴム、薬剤のアレルギーはありますか？はい、の場合は内容をご記入下さい。 内容 (_____)	はい	いいえ
9 ぐらついている歯はありますか？ ※ぐらついている歯がある場合、緊急時に挿管が必要となり、破損や誤嚥する可能性があります。	はい	いいえ
10 その他ご不明な点はございますか？ ございましたら下記にご記入ください。 (_____)	はい	いいえ

※症状の内容により調節卵巣刺激スタートが延期になる事もあり

医療法人社団愛慈会

理事長 松本玲央奈

MLC-1048 202408064033