

# ＜ IVF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まで	14:30～18:30まで
水	8:30～11:00まで	
土	8:30～10:30まで	14:30～16:30まで

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)3/15 月経5日目 ( \_\_\_\_\_ )

※ 来院できない日が多い場合はIVFスタートができない事もあります。

※ 採卵当日は奥様に精液をご持参頂きます(8:00～8:20)

夫: 採精不可日 なし あり (例)3/15～3/17月経5日目～月経7日まで出張のため不在

( \_\_\_\_\_ )

採卵当日、連絡がつく方のご記入をお願いします。

緊急連絡先 氏名(カタカナ) \_\_\_\_\_ (関係) \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

## 麻酔問診票

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

質問事項	回答欄	
1 今まで手術や麻酔を受けたことがありますか？ はい、の場合には手術時期と内容をお書きください。 時期( _____ 年 _____ 月 ) 手術内容( _____ )	はい	いいえ
2 手術や麻酔を受けた方で麻酔の影響と思われる副作用が出たことはありますか？ はい、の場合はその内容を教えてください。 内容( _____ )	はい	いいえ
3 前兆のある頭痛はありますか？	はい	いいえ
4 血栓症の既往はありますか？	はい	いいえ
5 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。 緑内障 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息(最終発作: _____ 歳) ・ 脂質代謝異常症 抗リン脂質抗体症候群 ・ 肝臓/腎臓疾患 ・ 脳神経疾患(脳梗塞 ・ 脳出血) 心疾患(心不全 ・ 不整脈 ・ 動悸息切れ ・ 浮腫 ・ 狭心症) ・ 呼吸器疾患 その他( _____ )	はい	いいえ
6 現在下記の方な症状はありますか？ はい、の場合は○で囲んで下さい。 発熱 ・ 鼻水 ・ せき ・ たん ・ 頭痛 ・ 吐き気 ・ のどの痛み 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ しびれ ・ その他( _____ )	はい	いいえ
7 現在、使用している薬はありますか？ はい、の場合は薬剤名と内服時間をご記入下さい。 薬剤名( _____ ) 内服時間( _____ )	はい	いいえ
8 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
9 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
10 過去に意識を失った事がありますか？	はい	いいえ
11 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
12 入れ歯・差し歯・ぐらついている歯はありますか？	はい	いいえ

※症状の内容によりIVFスタートが延期になる事もあります。

