

# ＜ 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スタートできない事もあります。

※採卵当日は奥様が精液をご持参頂きます。(8:00～8:20)

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

なし あり ( )

● **採卵当日、連絡がつく方のご記入をお願いします。**

氏名(カタカナ) \_\_\_\_\_ (関係) \_\_\_\_\_ (TEL) \_\_\_\_\_

## 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: _____年前、吸入薬: あり・なし)・緑内障・高血圧・糖尿病 てんかん(最終発作: _____年前、内服薬: あり・なし)・脳神経疾患(脳梗塞・脳出血) 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)・呼吸器疾患 その他( )	はい	いいえ
5 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
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せんか？ ※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 その他ご不明な点がございますか？ 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IVFスタートが延期になる事もあります。

