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お子さん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。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。これらにご同意いただけない場合は診療をお受けできかねますのでご了承ください。以下の文章をお読みいただきご署名の上ご提出ください。

20　　年　　月　　日

説明者:　　ID:

1	当院で不妊治療を受けるにあたり婚姻関係の確認が必要です。法的婚姻関係がないカップルの場合には、双方に他に法的婚姻関係がないことの確認が必要となります。人工授精・体外受精を実施する場合は当院既定の書類を提出して頂きます。	
2	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。	
3	国の方針により、混合診療は禁じられております。保険と自費の診療を同時におこなうと全てが自費になってしまいます。	
4	当院では、チーム医療を実施しております。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。	
5	他院での検査結果を利用出来る場合がありますが、これは印刷された書類がある場合のみです。書面によるデータが無い場合は再検査いたします。また、初診当日に検査結果を持参されない場合も再検査となりますので、初診予約時に説明の通り全てご持参ください。	
6	不妊診療では検査や治療のため採血や注射を行います。稀に神経損傷(手指のしびれ・痛み)や迷走神経反射(めまい・失神)などの合併症が起こることがあります。	
7	当院では、ご夫婦共に感染症検査(B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HIV)と奥様のクラミジア抗原検査及び血液型検査を当院にて実施いたします。なお感染症検査、クラミジア抗原検査は2年毎に検査が必要になります。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。お受けいただけない場合は診療できません。	
8	検査結果は、診察時に医師より直接説明いたします。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説明できません。	
9	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いただき治療を進めていきます。	
10	診察及び処置をキャンセルされる場合は、必ずお電話にて事前にご連絡ください。	
11	当院では予約診療を行っておりますが、待ち時間が発生することがあります。少しでも持ち時間を軽減するよう改善努力をしておりますが、どうしても待ち時間が発生する場合がありますので予約時間は「来院のめやす」とお考えください。	
12	待ち時間を軽減するため以下のことにご協力お願いします。	
	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ください。 診察終了後に看護師や受付でお申し出いただいても対応できませんので、あらかじめメモなどをご用意いただき医師にお伝えください。	
	② 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	当院では、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いたしますので上段の暦は6ヶ月先までの日付を記入の上、来院日には毎回提出ください。(当院専用の基礎体温表を使用して頂きます)	
14	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、基本的に間違いを防ぐためお薬の郵送はできません。	
15	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。	
16	当院は、ISO9001, JISARTの外部審査を受けて医療の質の向上を図っております。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。	
17	胚、精子、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などに十分にご注意下さい。凍結の際、保存同意書と廃棄同意書に署名の上提出して頂きます。廃棄期限は凍結報告書に記載しております。これは、万が一凍結更新のご連絡を頂けない場合に使用するものです。	
18	当院は、日本産科婦人科学会の登録施設となっておりますので、学会へ症例として登録する必要があります。 登録にあたっては患者様の個人情報は保護されます。	
19	診療時間は、平日(月～土)9時～17時です。また、日曜・祝日・年末年始は休診となります。診療時間外の質問やお問い合わせは出来かねますので時間内にご連絡下さい。	
20	災害時はやむを得ず診療を休止・中止する場合があります。	
21	院内では最低限のマナーをお守り頂けない方の診察はお断りします。職員に対して大声を上げたり罵倒するような行為をされた場合は、以後の診察をお断りさせて頂きます。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、新型コロナウイルスなどの感染症に罹患している疑いのある場合は来院をお控え下さい。	
22	当院では、処置や治療をお受け頂くために、同意書の提出をお願いしています。実施までに同意書の提出が無ければ、治療をお受けいただけません。	
23	不妊治療ではさまざまな薬を使用します。なかには重篤な副作用(血栓症やアナフィラキシーショック)が起こることがあります。	
24	臨床情報や治療成績については、患者様を特定できないようにした上で、学会や学術雑誌等で公表させていただくことがあります。	
25	保険診療には他院との並行治療に制限がありますので、他院への通院については必ず医師に申告ください。 過去の治療回数などに虚偽の申告があった場合は、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。	
26	他院にて治療歴がある場合は、必要に応じて、過去に治療を実施した他の保険医療機関又は保険者に問い合わせる場合があります。	
27	以上の事項に同意をして当院にて診療を受けられた場合は、診療費用は当日にお支払いいただきます。支払いはクレジットカード、デビッドカードのみの取り扱いとなり、ご利用は本人名義のもののみとさせていただきます。診療費のお支払いをいただけない場合は以後の診察をお受けいただけません。	

IVF JAPAN　　IVF大阪クリニック　　院長　福田愛作

以上の内容をよく読み十分に理解しましたので、通院中は貴院のルールを遵守いたします。

20　　年　　月　　日

妻 署名:

夫 署名:
(パートナー)

IF当院で治療を受けて頂く前に　230701

治療申告書

貴院で不妊治療を受けるにあたり過去の治療を申告いたします。

☐ 今までに不妊治療を受けたことはありません。

☐ 一般治療（タイミング・人工授精）のみを行いました。

☐ 体外受精を受けました。

保険診療にて、初めての胚移植のための治療計画を作成した日における年齢

（　　）歳

胚移植回数　（保険）（　　）回

（自費）（　　）回

☐ 凍結胚を移送して移植を希望します。その胚の採卵は以下の通りです。

以下の該当する項目ににチェックを入れてください

☐ 保険にて採卵した、もしくは2022年3月以前に自費にて採卵した胚

☐ 2022年4月以降に自費採卵した胚（保険での移植はできません）

☐ 海外から移送する胚（保険での移植はできません）

上記の年齢や回数が不明な場合は、治療を実施した施設にお問い合わせください。

治療を受けた施設名

①

②

③

④

⑤

⑥

上記に虚偽の申告はございません。

もし、誤った申告が明らかとなった場合には、貴院から請求された治療費を全額お支払いすることに同意いたします。

日付　　20　　年　　月　　日

患者氏名：

パートナー：

IVF大阪クリニック　院長　福田愛作

ipt 治療申告書　220331

IF予診票200715

《 予 診 票 》

20　　年　　月　　日

フリガナ		フリガナ	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	西暦　　年　　月　　日生(　　才)	生年月日	西暦　　年　　月　　日生(　　才)
	身長:　　cm　体重:　　kg		

結婚について	□ 結婚(西暦　　年　　月) □ 再婚(西暦　　年　　月)	□ 離婚(西暦　　年　　月) □ 未婚(西暦　　年　　月結婚予定)
I 今回受診された理由は？	□ 妊娠しない □ 妊娠するが流産・死産となる □ 体外受精・顕微授精を希望 □ 他医より紹介 □ その他(　　)	□ 性生活がうまくいかない □ 不育検査を希望する(流産を予防するために) □ 着床検査を希望する(着床障害を予防するために) □ 胚(受精卵)の着床前検査を希望する
II 月経について	① 最終月経：　　月　　日から　　日間	
	② 周期(始まりから次の開始までの日数)：	□ 順調(　　日周期) □ 不順(　　日から　　日)
	③ 痛み (強い・少し・なし)	④ 月経量 (多い・普通・少ない)

III 妊娠について　(今までの妊娠回数　　回)

回数	西暦　　年　　月	妊娠週数	妊娠経過	児の性別・体重	病院名
1	年　　月	妊娠　　週 (妊娠　　ヶ月)	□ 分娩(経膣・帝王切開)　□ 中絶　□ 死産 □ 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた)	男・女・不明 g	
2	年　　月	妊娠　　週 (妊娠　　ヶ月)	□ 分娩(経膣・帝王切開)　□ 中絶　□ 死産 □ 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた)	男・女・不明 g	
3	年　　月	妊娠　　週 (妊娠　　ヶ月)	□ 分娩(経膣・帝王切開)　□ 中絶　□ 死産 □ 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた)	男・女・不明 g	

IV 手術や大きな病気について

①	今までに経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか？	癌・糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病(B型肝炎・C型肝炎・　　) 腎臓病・甲状腺疾患・精神疾患・その他(　　)
②	上記の為に、現在も飲まれている薬がありますか？	(　　)

③ 手術や大きな病気・入院についてお書き下さい。

西暦　年　月	病名	手術名	病院名
年　月			
年　月			

④	子宮癌検診を受けられた事がありますか？	なし・あり(20　　年　　月)
⑤	クラミジア検査を受けられた事がありますか？	なし・あり(20　　年　　月)
⑥	ご主人の健康状態はいかがですか？ □ 異常なし　□ 病気をもっている	癌・糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病(B型肝炎・C型肝炎・　　) 腎臓病・甲状腺疾患・精神疾患・その他(　　)

V	当クリニックまでの通院時間は？	約　　時間　　分　交通機関(　　)
VI	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　　)	
VII	この病院を受診したきっかけは？ ※複数回答可	主治医からの紹介・友人・家から近い・当院ホームページ・オンライン診療 YouTube・SNS(Twitter・Instagram)・地下鉄アナウンス　テレビ(番組名　　) 書籍・雑誌(タイトル　　)・広告(媒体　　)　その他

問診票

（署名）
氏名

①喘息（小児喘息を除く）にかかったことはありますか？ アスピリン喘息と診断を受けましたか？	はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 最終発作（　　年　　月位）
②小児喘息にかかったことはありましたか？	はい ・ いいえ	
③緑内障といわれたことはありますか？	はい ・ いいえ	詳しい病名を教えて下さい （　　）
④ピリンアレルギーと言われたことはありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 最終発作（　　年　　月位）
⑤内服薬や注射でアレルギーを経験したことはありますか？	はい ・ いいえ	
いつ頃？	薬品名	症　状
年　月		
年　月		
⑥薬品以外で右記のアレルギーを経験したことはありますか？	はい ・ いいえ	ゴム ・アルコール綿 ・金属 ・フルーツ（　　） 食べ物（大豆・卵）・その他（　　） 症状（　　）
⑦心臓病・不整脈といわれたことはありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 治療中（薬品名　　）・現在治療なし
⑧てんかんを指摘されたことがありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　）
⑨バセドウ病（甲状腺機能亢進症）といわれたことはありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 治療中（薬品名　　）・現在治療なし
⑩橋本病（甲状腺機能低下症）といわれたことはありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 治療中（薬品名　　）・現在治療なし
⑪現在治療中の病気はありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（ 病名（　　）
⑫歯科などの局所麻酔でトラブルはありましたか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 症状（　　）
⑬手術や麻酔のトラブル・その他の異常な症状がありましたか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 症状（　　）
⑭血が止まりにくかった経験はありますか？	はい ・ いいえ	
⑮今まで過呼吸・パニック症状が起こったことがありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 原因（　　）
⑯精神科、心療内科に通院していますか？または通院していたことがありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 病名（　　）
⑰喫煙していますか？ 同居のご家族で喫煙されている方はいますか？	はい ・ いいえ はい ・ いいえ	本数：　　本/1日くらい　期間（　　年間） ご主人・両親・その他（　　）

確認日　　年　　月　　日　　看護師 □ □　　薬剤師 □

IF問診票20180320

薬を安全にご使用いただくためにご協力をお願いします。

記入日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

（待ち時間の間に）下記の質問にお答えください。該当するものを〇で囲んで下さい。

（ID　　）氏名

① 今までに薬で副作用が起きたことがありますか。

いいえ　・　はい

［はいの場合］ その時の副作用の症状を教えてください

副作用症状の具体例　発疹　発熱　下痢　呼吸困難　めまい　ショック　など

	原因薬剤名	副作用症状
・鎮痛剤	薬剤名［　　］	［　　］
・抗生物質	薬剤名［　　］	［　　］
・ピル、ﾎﾙﾓﾝ剤	薬剤名［　　］	［　　］
・排卵誘発剤	薬剤名［　　］	［　　］
・ステロイド	薬剤名［　　］	［　　］
・高脂血症治療剤	薬剤名［　　］	［　　］
・その他	薬剤名［　　］	［　　］

血液をサラサラにする薬（低用量アスピリン・ワーファリン・エパデール（EPA）等）を服用していますか？

いいえ　　低用量アスピリン：商品名　バイアスピリン、バファリン

はい　　薬剤名［　　］

② 他に治療中につき内服されている薬やサプリメントはありますか？（ご夫婦すべて記載してください）

妻

いいえ　　薬剤名［　　］

はい

夫／パートナー

いいえ　　薬剤名［　　］

はい

ご協力ありがとうございました。

医師 □　　担当看護師 □ □　　薬剤師 □

（　薬剤師の問診　有　・　無　）

＊問診有の場合、具体的にどのようなことを確認するか指示の記載お願いします。

［　　］