

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一日でも早くお子様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。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	女性年齢の高齢化とともに、妊娠の合併症発生率が高くなります。特に、50歳以上では、母児の生命に関わる状況が発生しやすくなる可能性があります。	
2	当院は、不妊治療専門クリニックです。	
3	当クリニックで治療を受けて頂くにあたり婚姻の確認が必要ですので夫婦関係が記載されている戸籍謄本をご提出して下さい。戸籍上の変更があった場合には、速やかにご連絡ください。事実婚の場合にも当院既定の書類を提出して頂きます。	
4	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。	
5	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つていただく場合があります。	
6	自宅採精より持参された精液は夫（パートナー）の検体とみなして、検査、人工授精の調整、体外受精の調整、凍結保存を行います。万が一、自宅採精より持参された検体が夫（パートナー）以外の精液だと後に判明した場合でも、その精子を用いたことで生じた事態については責任を負いません。	
7	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。	
8	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。	
9	他院での検査結果は医師の判断により利用できる場合があります。検査結果については、必ず書面にて持参して下さい。初診当日に持参されない場合は再検査となります。	
10	ご夫婦共に感染症検査（B型・C型肝炎、梅毒、HIV）と奥様のクラミジア抗原検査を1年毎に実施致します。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。お受け頂けない場合は診療できません。	
11	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。	
12	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頂き治療を進めていきます。基本的に診療情報は必要に応じて奥様またはご主人様などのパートナーにお話し致します。	
13	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。	
14	体外受精・顕微授精もしくは、胚移植を実施する場合、日本産科婦人科学会の倫理規定に基づき、施術ごとに同意書を提出して頂く必要があります。同意書は、ご夫婦の意思確認をするための重要な書類となりますので、署名・捺印の上、速やかにご提出ください。万が一、同意書の提出がない場合は、体外受精・顕微授精または、凍結融解胚移植は行いません。	
15	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には十分にご注意下さい。凍結できた場合、保存期限満了日は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や連絡がつかない場合に使用するものです。	
16	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。	
17	採血、注射、点滴時に手指にしびれ感などが生じ、その後も一定期間症状が持続することがあります。当院での採血は、神経損傷が起こりにくい短い針を使用するなど慎重に行っていますが、神経の走行は個人差があり神経損傷は、100%防止することはできません。万が一、このような症状により他科を受診する場合でも費用は自己負担となりますことご了承ください。	
18	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。	
19	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。	

20	待ち時間を軽減するため以下のこと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やガイドブックもご利用下さい。 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います。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。		
21	診療時間は、平日(月～土) 9時～17時です。夕診の場合は、時間は異なります。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。	
22	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。	
23	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。	
24	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ま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。	
25	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、風邪などをひ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。	
26	医療の質の向上を図るために、外部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。	
27	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、右記□にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> <u>研究に承諾しない</u> 研究項目を承諾されなくても患者様に不利益は生じません。	
28	精液検査後の精子を不妊治療法の向上のため研究に用いることがあります。また、利用後は速やかに廃棄され他の治療目的に転用されることはありません。研究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、右記□にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> <u>研究に承諾しない</u> 研究項目を承諾されなくても患者様に不利益は生じません。	
29	国の方針により、原則、混合診療(同日に保険診療と自費診療をすること)は行いません。保険と自費の診察(検査・お薬等も)を同日に受けられると全てが自費になります。	
30	当院は、世界的な医療機関としても担っておりますので、世界から医師や胚培養士などが見学される場合があります。	
31	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。	
32	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

IVFなんばクリニック
院長 中岡 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

妻署名：

(パートナー)

夫署名：

《予診票》

ID : _____

ご記入日： 年 月 日

フリガナ 妻氏名			フリガナ 夫氏名			
生年月日	西暦 年 月 日 生 (歳)		生年月日	西暦 年 月 日 生 (歳)		
身長 : cm ・ 体重 : kg 職業 :						
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚 (西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 再婚 (西暦 年 月)					
	<input type="checkbox"/> 事実婚 (西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 *入籍予定(なし・あり()頃)					
不妊期間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 か月)					
受診された理由は?	<input type="checkbox"/> 一般治療希望(タビング・人工授精) <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精希望					
	<input type="checkbox"/> 不育症・着床障害検査希望					
	<input type="checkbox"/> 男性不妊検査・治療・相談(無精子症、射精障害、EDなど)希望					
	<input type="checkbox"/> 相談のみ希望 <input type="checkbox"/> その他()					
月経について	① 最終月経 : 月 日から 日間 本日:月経周期()日目 ② 月経周期(月経開始日から次の月経開始まで) <input type="checkbox"/> 順調(日周期) <input type="checkbox"/> 不順(日～ 日周期)					
	③ 月経量 : (多い・普通・少ない) ④ 痛み : (強い ・ 少し ・ なし)					
妊娠について	妊娠回数(回) 内訳: 出産回数(回) 流産回数(回) 中絶回数(回)					
	西暦 年 月	妊娠週数	出生体重 性別	妊娠経過		病院名
1	年 月	妊娠 週 (ケ月)	g 男・女	<input type="checkbox"/> 分娩(経腔・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・心拍見えた)		
2	年 月	妊娠 週 (ケ月)	g 男・女	<input type="checkbox"/> 分娩(経腔・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・心拍見えた)		
3	年 月	妊娠 週 (ケ月)	g 男・女	<input type="checkbox"/> 分娩(経腔・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・心拍見えた)		
今までに経験した病気や、現在治療中の病気について						*「あり」場合は、詳細をご記入ください。
婦人科の病気 (なし・あり)						
		西暦 年 月	病名	治療内容	病院名	
		年 月				
		年 月				
婦人科以外(内科など)の病気 (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・喘息・精神疾患など						
		西暦 年 月	病名	治療内容	病院名	
		年 月				
		年 月				
子宮癌検査について		1年以内に、 <input type="checkbox"/> 受けていない (<input type="checkbox"/> 本日検査希望) <input type="checkbox"/> 受けている(年 月) 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常()				
風疹について		ワクチン(MRワクチン)を、 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた(年 月) 抗体検査を、 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた(年 月 → 結果 倍)				
喫煙について		<input type="checkbox"/> 喫煙していない <input type="checkbox"/> 喫煙している(本/日)				

問診票 (薬剤)

ご記入日

年 月 日

奥様ID: _____ 氏名: _____

既往歴や症状について

該当する項目に□チェックを付けてお答えください。

喘息の有無について	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> アスピリン喘息(解熱鎮痛剤の内服による喘息発作) <input type="checkbox"/> 喘息 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 幼少時(小児喘息)) ※普段服用されている解熱鎮痛剤があればご記入ください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名: _____)
治療中、もしくは過去に治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 縁内障 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常(低下症・亢進症・その他()) <input type="checkbox"/> 血栓症(ご本人・血縁者(続柄:)) <input type="checkbox"/> 心療内科に関わる疾患 <input type="checkbox"/> その他() ※上記をチェックされた方は <u>時期、疾患名、現在の治療有無等</u> を具体的にご回答ください
今までに右記の症状が起こったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> パニック発作 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 手術時のトラブル(具体的に: _____)

アレルギーについて

薬のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ピリンアレルギー <input type="checkbox"/> 歯科の局所麻酔 <input type="checkbox"/> 抗生素アレルギー(ペニシリン系・セフェム系・その他()) <input type="checkbox"/> ホルモン剤(ピル等)による副作用 (薬剤名: _____) 症状: _____ <input type="checkbox"/> その他(薬品名: _____) 症状: _____ (薬品名: _____) 症状: _____ (薬品名: _____) 症状: _____
食品のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ゴマ油 <input type="checkbox"/> 果物() <input type="checkbox"/> その他()
その他のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ゴム(ラテックス) <input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ヨード(造影剤) <input type="checkbox"/> その他()
服用中の薬やサプリはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方はご記入ください