

| NS① | NS② | DR |
|-----|-----|----|
|     |     |    |

記入日 20 年 月 日

氏名 様 ID

■以下の項目は安全に採卵をするためにとても大切な事を質問していますので、正しくお答え頂きますよう、よろしくお願いいたします。

|  |                                    |                              |
|--|------------------------------------|------------------------------|
| ・高血圧症ですか？  | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・成人以降に喘息の治療をしたことはありますか？  | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・肥満（BMI30 以上）ですか？  | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・精神・神経疾患にかかったことがありますか？   | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・血液をサラサラにするサプリ(EPA など)や薬(抗血小板薬・抗凝固薬：アスピリン、ワファリン、エパデールS など)を服用していますか？ | <input type="checkbox"/> はい<br>( ) | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・B 型肝炎、C 型肝炎、梅毒感染、HIV 感染(エイズ)に感染していますか？                              | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・タバコを吸いますか？  | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・失神やけいれんしたことがありますか？  | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ |



※ 高血圧、喘息、BMI30 以上の肥満、精神疾患、抗凝固剤の使用、喫煙者、失神やけいれんした事のある方は、排卵誘発による血栓症のリスク、採卵時の出血や感染のリスク、麻酔時のリスクなどが通常より高くなるため、当院では、医学的適応がない社会的な理由による卵子凍結は行っていません。  
 ※ 感染症合併（B 型肝炎、C 型肝炎、梅毒、HIV）の方はグレイスバンクでの卵子凍結保管ができませんので当院での採卵はしておりません。

■上記の全てに  いいえ のチェックをされた方は以下の内容にもお答えをお願いいたします。

|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| ・現在、何かお薬を内服していますか？                           | <input type="checkbox"/> はい<br>( )                                   | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・採血や注射をして気分が悪くなったことや倒れたことはありますか？             | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・内服薬や注射のアレルギー反応を経験したことがありますか？                | <input type="checkbox"/> はい<br>( )                                   | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・キシロカイン（抜歯時に使用する局所麻酔）を使用しアレルギー反応が出たことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・右記のアレルギーはありますか？                             | 卵 アレルギー : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> いいえ |
|  | 大豆アレルギー : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・最近早く歩いたり階段を登ったりすると、動悸・息切れ・たちくらみなどがありますか？    | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・緑内障にかかったことはありますか？                           | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・今までに重い病気や手術の経験や、現在何かの病気にかかっていますか？           | <input type="checkbox"/> はい<br>( )                                   | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・今まで血が止まりにくかった経験がありますか？                      | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・糖尿病の診断や治療を受けたことがありますか？                      | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |