

### 卵子凍結希望の方の初診時間診票

ご記入日: 20 年 月 日

フリガナ  
氏名:

生年月日: 西暦 年 月 日 年齢: \_\_\_\_\_

住所: (〒 - ) \_\_\_\_\_

電話番号 (クリニックから日中つながる電話): \_\_\_\_\_

身長: \_\_\_\_\_ cm, 体重: \_\_\_\_\_ kg, 職業: \_\_\_\_\_

<input checked="" type="radio"/> 現在独身ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ →「いいえ」をチェックされた方へ: 配偶者がおられる方は、卵子ではなく受精卵を凍結することをお勧めします。妊娠の確率は受精卵凍結の方が高率になります。受精卵凍結希望の場合は通常外来の予約をお取り下さい。
--	-----------------------------	---

#### ● 月経について

月経周期: 月経が始まった日から次の月経が始まるまで	順調・ほぼ順調 ( 日間) 不順 (短い月 日間、長い月 日間)
月経期間: 月経が始まってから終わるまで	(約 日間)
最近の月経は	_____年____月____日から____日間

#### ● 説明動画の視聴についてチェックをお願いします

日本産科婦人科学会の動画「ノンメディカルな卵子凍結をお考えの方へ」を視聴した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
後藤レディースクリニックの「生殖補助医療についての説明動画」を視聴した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

#### ● 動画をご覧頂いた後、以下について理解されましたらチェック して下さい

<input type="checkbox"/> 排卵誘発剤による過排卵誘発を実施した場合には、腹水や時には胸水や血栓症を伴う卵巢過剰刺激症候群を発症して入院加療を要することがあります。
<input type="checkbox"/> 採卵に際し麻酔や鎮痛剤を使用した場合には、麻酔ショックなどの通常の手術と同程度の麻酔による危険を伴います。
<input type="checkbox"/> 経膈超音波下で確認しながら腹腔内にある卵巣に針を刺し卵子を採取します。この際、腹腔内出血や臓器損傷を起こし、まれに観察入院や外科手術を要することがあります。また、採卵後に感染や発熱を起こし治療を要することがあります。
<input type="checkbox"/> 超音波検査時の発育卵胞数と採卵できる卵子の数が同数とは限りません。時には空胞で卵子が1個も採取できないことがあります。また、採卵できても変性した卵子や未熟な卵子などで凍結できない場合があります (このような場合でも採卵に要した費用は発生します)。
<input type="checkbox"/> 採卵直前に排卵が起こり採卵できないことがあります (この場合の採卵費用は発生しません)。
<input type="checkbox"/> 凍結卵子が解凍後に生存しない場合や、解凍した卵子が受精しない場合や、受精しても培養過程で死滅して移植できない場合があります (これらの場合、それまでに要した費用の返却はありません)。
<input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植の妊娠率は30~50%であり限界があります (そのため多くの卵子を凍結する方が有利です)。

上記記載内容に相違なく、また動画を視聴し内容を理解し承知した上で社会的卵子凍結を希望します。

西暦 年 月 日 患者署名 \_\_\_\_\_