



ふりがな
お名前

- 1) 避妊なしで妊娠を希望されてどれくらい経ちますか。 年 月
- 2) 今までに他院で不妊症の検査、治療を受けられたことはありますか。 なし ・ あり
- 3) 2)で他院治療ありに○をつけられた方は行われたことのある検査に○、それらの結果、治療について記載ください

〈検査〉

- () ホルモン検査 (異常なし・異常あり)
- () 子宮卵管造影検査 (異常なし・異常あり)
- () 性交後検査 (ヒューナーテスト) (異常なし・異常あり)
- () 精液検査 (異常なし・異常あり)
- () 超音波検査 (異常なし・異常あり)

〈治療〉

- () タイミング合わせ (回) () 人工授精 (回)
- () 体外受精 (回) () 顕微授精 (回)

その他異常を指摘された事がある場合は具体的に記載ください。

- 4) 3)で体外受精、顕微授精に○をつけられた方はわかる範囲で結構ですので以下に治療歴を記載ください

	時期	卵巣刺激法	受精の方法	採れた卵の数	受精した卵の数	移植した卵の数	凍結した卵の数	移植した卵の段階
一回目	年 月	経口薬 経口薬+注射 注射 自然	体外受精 顕微授精					初期分割胚 胚盤胞
二回目	年 月	経口薬 経口薬+注射 注射 自然	体外受精 顕微授精					初期分割胚 胚盤胞
三回目	年 月	経口薬 経口薬+注射 注射 自然	体外受精 顕微授精					初期分割胚 胚盤胞
四回目	年 月	経口薬 経口薬+注射 注射 自然	体外受精 顕微授精					初期分割胚 胚盤胞
五回目	年 月	経口薬 経口薬+注射 注射 自然	体外受精 顕微授精					初期分割胚 胚盤胞

凍結胚移植	時期	内膜調整法	移植した卵の数	移植した卵の段階
一回目	年 月	ホルモン補充周期 自然周期		初期分割胚 胚盤胞
二回目	年 月	ホルモン補充周期 自然周期		初期分割胚 胚盤胞
三回目	年 月	ホルモン補充周期 自然周期		初期分割胚 胚盤胞
四回目	年 月	ホルモン補充周期 自然周期		初期分割胚 胚盤胞
五回目	年 月	ホルモン補充周期 自然周期		初期分割胚 胚盤胞