

過去の治療歴

今後の治療をスムーズに行う為にお聞きしております。
 これまでに受けられた不妊治療についてお分かりになる範囲でご記入ください。

① 検査を受けたことがありますか？ 「ある」と答えた方は下記もご記入ください。	ない	ある
・ 検査結果はありますか？	ない	ある
・ 卵管造影検査を受けたことがありますか？	ない	ある
病院名 () 年 月 結果異常	ない	ある ()
・ 精液検査を受けたことがありますか？	ない	ある
病院名 () 年 月 結果異常	ない	ある ()
② タイミング治療を受けたことがありますか？	ない	ある (回)
病院名 () 薬剤を使用： 注射・内服 () ・ していない		
③ 人工授精を受けたことがありますか？	ない	ある (回)
病院名 () 薬剤を使用： 注射・内服 () ・ していない		
④ 体外受精を受けたことがありますか？	ない	* ある (採卵) (胚移植 回)
* 「ある」と答えられた方は下記もご記入下さい。		

1	採卵月	病院名	卵巣刺激法	受精法	採卵数	受精数	移植胚数	妊娠判定
1	20 年 月		ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然周期 他 () 不明	顕微授精 一般体外受精 顕微+一般体外受精法 他 ()			個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 すべて凍結 キャンセル	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ()
	凍結融解胚移植	病院名	凍結融解胚移植・移植方法				移植胚数	妊娠判定
	20 年 月		ホルモン補充周期 自然周期 他 () 不明				個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 他 ()	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ()
	凍結融解胚移植	病院名	凍結融解胚移植・移植方法				移植胚数	妊娠判定
20 年 月		ホルモン補充周期 自然周期 他 () 不明				個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 他 ()	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ()	
2	採卵月	病院名	卵巣刺激法	受精法	採卵数	受精数	移植胚数	妊娠判定
	20 年 月		ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然周期 他 () 不明	顕微授精 一般体外受精 顕微+一般体外受精法 他 ()			個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 すべて凍結 キャンセル	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ()
	凍結融解胚移植	病院名	凍結融解胚移植・移植方法				移植胚数	妊娠判定
	20 年 月		ホルモン補充周期 自然周期 他 () 不明				個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 他 ()	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ()
凍結融解胚移植	病院名	凍結融解胚移植・移植方法				移植胚数	妊娠判定	
20 年 月		ホルモン補充周期 自然周期 他 () 不明				個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 他 ()	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ()	

※過去に3回以上、体外受精を受けられた方はこの用紙を複数枚うち出してご使用ください。