

フリガナ

お名前

お薬や食べ物でアレルギーがあれば詳しく記入してください。

なし・あり ( )

結婚歴についてお答えください。

結婚年齢 ( ) 才 入籍されていない場合 ( 婚約中 ・ 事実婚 (同棲中) ・ 未婚 )

子供が欲しいと思ってからどのくらいですか？

( 年 か月 )

今までに不妊治療をされていましたか？ (はい・いいえ)

『はい』の方にお聞きます。 治療施設 ( )

 タイミング ( ) 回  人工授精 ( ) 回 体外受精 ( ) 回  顕微授精 ( ) 回  凍結融解胚移植 ( ) 回

▶ 体外受精治療歴がある方は裏面の記入もお願い致します。

他院でされた検査はありますか？

 卵管の通過性 (通水検査 ・ 卵管造影) → 【 異常なし 異常あり ( ) 】 精液検査 【 異常なし ・ 異常あり ( ) 】

当院でどのような治療を希望されていますか？

 治療について相談したい  妊娠できるか検査をしたい タイミング指導をしてほしい 人工授精を考えている  体外受精・顕微授精を考えている

\* ご本人様、または緊急の場合はご主人様の電話番号に

当院の病院名を告げて連絡を差し上げてよろしいでしょうか？ (はい・いいえ)

当クリニックの治療で、ご希望があれば記入をおねがいします。

---

---

---



体外受精・顕微授精をされたことがある方は、

最近の治療から分かる範囲で結構ですので、ご記入お願い致します。

採卵年月日 ( )年 ( )月( )日	<input type="checkbox"/> GnRhaロング法 <input type="checkbox"/> GnRhaショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> クロミッド h MG法	<input type="checkbox"/> IVF  <input type="checkbox"/> ICSI	採卵回数 ( )回	新鮮胚移植胚数 ( ) 個 妊娠の有無 Day( ) グレード ( ) 有・無
治療施設 ( )	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精回数 ( )回	凍結胚数 ( ) 個 ①Day( )グレード ( ) →融解胚移植 ( )年( )月 有・無 ②Day( )グレード ( ) →融解胚移植 ( )年( )月 有・無 ③Day( )グレード ( ) →融解胚移植 ( )年( )月 有・無

採卵年月日 ( )年 ( )月( )日	<input type="checkbox"/> GnRhaロング法 <input type="checkbox"/> GnRhaショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> クロミッド h MG法	<input type="checkbox"/> IVF  <input type="checkbox"/> ICSI	採卵回数 ( )回	新鮮胚移植胚数 ( ) 個 妊娠の有無 Day( ) グレード ( ) 有・無
治療施設 ( )	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精回数 ( )回	凍結胚数 ( ) 個 ①Day( )グレード ( ) →融解胚移植 ( )年( )月 有・無 ②Day( )グレード ( ) →融解胚移植 ( )年( )月 有・無 ③Day( )グレード ( ) →融解胚移植 ( )年( )月 有・無

採卵年月日 ( )年 ( )月( )日	<input type="checkbox"/> GnRhaロング法 <input type="checkbox"/> GnRhaショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> クロミッド h MG法	<input type="checkbox"/> IVF  <input type="checkbox"/> ICSI	採卵回数 ( )回	新鮮胚移植胚数 ( ) 個 妊娠の有無 Day( ) グレード ( ) 有・無
治療施設 ( )	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精回数 ( )回	凍結胚数 ( ) 個 ①Day( )グレード ( ) →融解胚移植 ( )年( )月 有・無 ②Day( )グレード ( ) →融解胚移植 ( )年( )月 有・無 ③Day( )グレード ( ) →融解胚移植 ( )年( )月 有・無

ご記入ありがとうございました。

