

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、ご記入お願い致します。
最後に署名もお願い致します。

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	採卵個数 ()個	新鮮胚移植胚数 ()個 Day()グレード () 有・無	妊娠の有無
治療施設 ()	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精個数 ()個	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	採卵個数 ()個	新鮮胚移植胚数 ()個 Day()グレード () 有・無	妊娠の有無
治療施設 ()	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精個数 ()個	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	採卵個数 ()個	新鮮胚移植胚数 ()個 Day()グレード () 有・無	妊娠の有無
治療施設 ()	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精個数 ()個	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	

さらにART治療歴がある方はお申し出ください。

上記の体外受精・顕微授精の治療歴に相違ありません。
前医での治療回数等に漏れがあった場合、保険適応外となる場合があることに承諾いたします。

____年 ____月 ____日

署名

ご記入ありがとうございました。

