

これまで治療した内容を記入して下さい。

記入例

※排卵誘発の有無や黄体補充の有無をそれぞれ記入して下さい。
(使用した薬や注射薬の名前も記入して下さい)

タイミング指導を受けた方 (13) 周期受けた

病院名	受けた年月	排卵誘発	黄体補充
〇〇産婦人科	2016.5月	何もしなかった。	デュファストンを内服した。
//	2016.6月～ 2017.2月	クロミッド1錠5 日間内服した。	何もしなかった。
△〇クリニック	2017.3月～ 2017.7月	HMGの注射を3 回した。	ルトラールを内服した。

人工授精を受けた方 (8) 回 受けた

病院名	受けた年月	排卵誘発	黄体補充
△〇産婦人科	2016.5月	セキシビット6錠 10日間内服した。	デュファストン内服し、 HCG注射を何回か打っ た。
//	2016.6月	何もしなかった。	HCG注射を何回も打っ た。
△△クリニック	2016.8月～ 2017.1月 (6回)	HMGの注射を3 回した。	ルトラールを内服した。

※体外受精を受けた方は裏面にも記入をお願いいたします。

これまで治療した内容を記入して下さい。

記入例

体外受精を受けた方

合計 採卵 (3) 回 移植 (5) 回 受けた

凍結胚 (あり・なし

凍結胚がある場合は記入して下さい。ない場合は「なし」に〇をしてください。

施設名 (△△クリニック

凍結胚 (初期胚1個 と 胚盤胞2個) あります

【採卵及び採卵周期に移植した場合はこちらに記入して下さい】

病院名	採卵した年月日	誘発方法	採卵数	成熟卵数	受精方法	授精した数	移植した日胚の数	凍結した胚の数
○△クリニック	2017.10.12.	<input checked="" type="checkbox"/> ロング ショート アンタゴ 低刺激	7 個	6 個	<input checked="" type="checkbox"/> 体外 顕微	5 個	10.15 1 個	2日目を 2 個 5日目を 2 個
△△病院	2017.12.20	ロング ショート <input checked="" type="checkbox"/> アンタゴ 低刺激	5 個	3 個	体外 <input checked="" type="checkbox"/> 顕微	1 個	12.25 1 個	凍結しな かった
//	2018.2.20	<input checked="" type="checkbox"/> ロング ショート アンタゴ 低刺激	10 個	8 個	<input checked="" type="checkbox"/> 体外 顕微	7 個	移植しな かった	2日目を 3 個 5日目を 3 個

誘発方法は、どれかに〇をして下さい。

体外と顕微どちらかまたは両方に〇をして下さい。

【凍結胚融解移植した場合はこちらに記入して下さい】

2022年4月以降保険で初めて移植した年齢： 才

病院名	移植した年月日	移植方法	移植した胚の数	保険or自費
○△クリニック	2017.11.20	自然周期 <input checked="" type="checkbox"/> ホルモン補充	2日目を1個	保険/ <input checked="" type="checkbox"/> 自費
△△病院	2018.3.30	<input checked="" type="checkbox"/> 自然周期 ホルモン補充	5日目を1個	<input checked="" type="checkbox"/> 保険/ <input type="checkbox"/> 自費
//	2018.5.12 5.15	<input checked="" type="checkbox"/> 自然周期 ホルモン補充	2日目を1個 5日目を1個	<input checked="" type="checkbox"/> 保険/ <input type="checkbox"/> 自費

保険か自費か、どちらかに〇をつけてください。

分かる範囲で良いので記入例を参考に、これまでの治療の記入をお願いいたします。

これまで治療した内容を記入して下さい。
初診時必ず持参して下さい。

お名前（

）

タイミング指導を受けた方（

）周期を受けた

病院名	受けた年月	排卵誘発	黄体補充

人工授精を受けた方（

）回 受けた

病院名	受けた年月	排卵誘発	黄体補充

※体外受精を受けた方は裏面にも記入をお願いいたします。
記入欄が足りない時はコピーして記入して下さい。

これまで治療した内容を記入して下さい。

体外受精を受けた方

合計 採卵（ ）回 移植（ ）回 受けた
 凍結胚（ あり ・ なし ）
 施設名（ ）
 凍結胚（ ） あります

【採卵及び採卵周期に移植した場合はこちらに記入して下さい】

病院名	採卵した年月日	誘発方法	採卵数	成熟卵数	受精方法	授精した数	移植した日胚の数	凍結した胚の数
		ロング ショート アンタゴ 低刺激			体外 顕微			
		ロング ショート アンタゴ 低刺激			体外 顕微			
		ロング ショート アンタゴ 低刺激			体外 顕微			
		ロング ショート アンタゴ 低刺激			体外 顕微			

【凍結胚融解移植した場合はこちらに記入して下さい】

2022年4月以降保険で初めて移植した年齢： 才

病院名	移植した年月日	移植方法	移植した胚の数	保険or自費
		自然周期 ホルモン補充		保険/自費

※記入欄が足りない時は
コピーして記入して下さい。