

不妊治療歴 (初診時必ずご持参下さい)

これまでの不妊治療歴がある方は、簡単で良いので記入をお願いします。

記入日 平成 年 月 日 名前 ()

記入例

H 年/ 月	病院名	検査 (卵管造影・精液検査など)・治療 (タイミング・人工授精・体外受精など)
H 18年5月～	〇〇病院	卵管造影検査 (右つまり気味と言われた) や (異常なし)
	〇〇病院	血液検査 (ホルモン検査など)・子宮がん検査 (異常なし) ↑結果があれば必ずご持参ください
H 18年7月～	〇〇病院	タイミング指導 4周期 (排卵誘発しない・排卵後注射したなど) H20年3月 通院やめた
H 20年5月	〇△クリニック	人工授精 6周期 (月経5日目よりクロミッド1錠5日間内服) H21年5月 通院やめた
H 22年7月～	〇□クリニック	高プロラクチン血症指摘→カバサール内服
H 23年1月～	〇□クリニック	体外受精 (採卵) 月/日 誘発方法: ロング法 採卵 7個→6個受精する (一般受精又は顕微授精)
		(移植) 月/日 3日目 (2b 8分割) 1個胚移植 又は胚盤胞 (3AA) 1個移植 →妊娠反応 (-) 胚盤胞 5個凍結
		(凍結胚移植) ホルモン補充周期 胚盤胞 (5AA) 1個胚移植 →妊娠反応 (+) (胎嚢確認できず)

※体外受精・顕微授精をされた方は、分かる範囲で治療内容をご記入ください
(使用した注射薬・採卵数・受精数・胚のグレードなども)

不妊治療歴 （ 初診時必ずご持参下さい ）

これまでの不妊治療歴がある方は、簡単で良いので記入をお願いします。

記入日 平成 年 月 日 名前（ ）

H 年 / 月	病院名	検査（卵管造影・精液検査など）・治療（タイミング・人工授精・体外受精など）

※体外受精・顕微授精をされた方は、分かる範囲で治療内容をご記入ください。
 （使用した注射薬・採卵数・受精数・胚のグレードなども）