

他院で不妊の相談・治療をされていた方は、ご記入をお願いします。

患者 ID _____

フリガナ

(S・H _____ 年)

氏名 _____ 生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

《他院治療歴》

病院名	開始年月日 (西暦)	終了年月日 (西暦)
(治療・検査)	20 年 月	20 年 月
(治療・検査)		
(治療・検査)		

以下、分かる範囲でご記入、○を付けて下さい。

《検査》

- ・ 子宮卵管造影 未 ・ 正常 ・ 異常 (右: _____ 左: _____)
- ・ クラミジア 未 ・ 正常 ・ 異常 (_____)
- ・ ホルモン (血液) 検査 未 ・ 正常 ・ 異常
- ・ フーナーテスト 未 ・ 良 ・ 不良
- ・ 精液検査 未 ・ 良 ・ 不良 ・ 抗精子抗体 未 ・ + ・ -
- ・ 風疹抗体 有 ・ 無 / 風疹罹患歴 有 ・ 無 / 風疹ワクチン接種 未 ・ 済 (_____ 年 月)

《治療》

◆ タイミング _____ 回 ◆ 人工授精 _____ 回

◆ 体外受精・顕微授精・移植

採卵年月日	○をつけて ください	誘発方法 ○をつけてください	移植方法 ○をつけてください
年 _____ 月 _____ 日 _____	体外受精 顕微授精	Short 法 Long 法 アンタゴニスト法 その他(_____)	① 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
			② 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
			③ 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
			④ 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
年 _____ 月 _____ 日 _____	体外受精 顕微授精	Short 法 Long 法 アンタゴニスト法 その他(_____)	① 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
			② 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
			③ 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
			④ 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
年 _____ 月 _____ 日 _____	体外受精 顕微授精	Short 法 Long 法 アンタゴニスト法 その他(_____)	① 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
			② 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
			③ 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植
			④ 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植

《当院での治療のご希望あればご記入下さい。》