

以下、これまで他院で不妊検査・治療を受けた経験のある方のみご記入ください。

1、下垂体・卵巣ホルモン検査を受けたことがありますか は い ・ いいえ

「は い」と答えた方は、検査結果について記入してください。

高プロラクチン血症、多嚢胞性卵巣、下垂体機能不全、排卵障害、その他（
内服薬、注射の治療を受けたことがありますか は い ・ いいえ
薬・注射の名前（
）

2、卵管造影検査（または通水検査）を受けたことがありますか は い ・ いいえ

「は い」と答えた方は、検査結果について記入してください。

右〔 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ 卵管水腫 ・ その他（
左〔 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ 卵管水腫 ・ その他（
）〕

3、ご主人は精液検査を受けたことがありますか は い ・ いいえ

「は い」と答えた方は、検査結果（一番良好なデータ）について記入してください。

精液量（
）ml 濃度（
）万/ml 運動率（
）% （ 正常 ・ 異常 ）

4、タイミング療法を受けたことがありますか は い ・ いいえ

「は い」と答えた方は、記入してください。

排卵誘発剤の使用 ある ・ ない

「ある」と答えた方は、ご記入ください。

排卵誘発剤の種類（
）

5、人工授精を受けたことがありますか は い ・ いいえ

「は い」と答えた方は、回数等について記入してください。

人工授精（
）回 最後に施行した日（
年 月 日）

6、体外受精を受けたことがありますか は い ・ いいえ

「は い」と答えた方は、下の表にわかる範囲で記入してください。

	採卵年月日	①通常の受精法 ②顕微授精	卵巣刺激法	hCGの 使用の有無	採卵数	受精卵数	①初期胚移植 ②胚盤胞移植	移植胚数	凍結胚数	妊娠の 有無
1	H / /									
2	H / /									
3	H / /									

差しつかえなければ施設名をご記入ください。（
）

7、その他

[
]
]

☆ あなたについて

フリガナ

①お名前 _____

②ご職業 _____

☆ あなたのご主人について

フリガナ

①お名前 _____

②生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

③ご職業 _____

④今までにかかった病気、または手術を受けた
ことはありますか

病名・術名（
）