

## 生殖医療センター 問診票②

記入日：西暦

年 月 日

今までに不妊症の検査や治療を受けたことのある方は以下の記載をお願いします。

### 1. 検査内容について

- |                   |    |    |     |   |    |
|-------------------|----|----|-----|---|----|
| ① ホルモン検査          | ない | ある | (西暦 | 年 | 月) |
| ② フーナーテスト (性交後試験) | ない | ある | (西暦 | 年 | 月) |
| ③ 子宮卵管造影または通水検査   | ない | ある | (西暦 | 年 | 月) |
| ④ クラミジア検査         | ない | ある | (西暦 | 年 | 月) |
| ⑤ 精液検査            | ない | ある | (西暦 | 年 | 月) |
| ⑥ その他 (           |    | )  |     |   |    |

### 2. これまでに治療を受けた病院、治療内容について

- 病院名①： \_\_\_\_\_ (西暦 年 月)
- 病院名②： \_\_\_\_\_ (西暦 年 月)

### 3. 治療内容

- |             |    |    |                  |
|-------------|----|----|------------------|
| ① タイミング療法   | ない | ある | (回数： )           |
| ② 人工授精      | ない | ある | (回数： )           |
| ③ 体外受精・顕微授精 | ない | ある | (詳細は下記に記載してください) |

### 体外受精治療歴 (分かる範囲で記載してください)

採卵/胚移植日 年/月/日	病院名	卵巣刺激法 ※1	採卵数	受精方法 ※2	受精卵数	移植時期 ※3	移植 胚数	凍結胚数	妊娠 ※4
西暦									

- ※1：卵巣刺激法 アンタゴニスト・ロング・ショート・内服と注射・内服のみ・自然 など
- ※2：受精方法 体外受精・顕微授精・レスキュー顕微授精 など
- ※3：移植時期 分割胚・胚盤胞 など (新鮮胚移植と融解胚移植は分けて記載してください)
- ※4：妊娠 分娩・流産・妊娠せず など