

記入例

体外受精 問診票

当院を初めて来院される患者様で、既に他施設で体外受精の治療経験がある方は記入例を参考に記入ください。
過去の治療歴を把握することは、これから当院で行う治療方法を選択する為にとっても重要となります。
また治療が保険適応となるかを確認するためにも必要となりますのでご協力をよろしくお願いいたします。
尚、他施設での治療内容につきましては、診察時に再度確認をさせていただくことがありますのでご了承ください。

必ずご記入ください

診察券番号

お名前 下田 花子

※わかる範囲で記入ください

実施日	実施施設	治療方法	卵巣刺激方法 内膜調整方法	採卵数 または 融解数	受精卵数	新鮮移植胚数 (発育段階)	凍結数	結果	備考 異常・問題等
2019年 8月	下田産婦人科医院	体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解	クロミッド+hMG	3	2	1個 初期胚 胚盤胞 ()	1	出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	局所麻酔で痛かった
2019年 9月	下田産婦人科医院	体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解	自然周期	1		1個 初期胚 胚盤胞 (8細胞)		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	
2019年 10月	下田産婦人科医院	体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解	アンタゴニスト法	15	10	1個 初期胚 胚盤胞 ()	8	出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	OHSS中等度
2019年 12月	下田産婦人科医院	体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解	ホルモン補充周期	1		1個 初期胚 胚盤胞 (4AB)		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	6週 胎嚢確認 心拍確認できず
2020年 2月	下田産婦人科医院	体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解	ホルモン補充周期	1		1個 初期胚 胚盤胞 (4AB)		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	40週1日 女兒 3000g
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解						出産	

• わかる範囲で記入ください
• 枠が足りない場合は必要分を印刷してご記入ください

- 実施日 採卵を実施した日、または卵子/胚を融解した日を実施順にご記入ください
- 実施施設 治療を行った施設名をご記入ください
- 治療方法 選択肢から一つに○をつけて下さい(選択肢にない場合はご記入ください)
- 卵巣刺激方法/内膜調整方法 採卵の場合は卵巣刺激方法、融解胚移植の場合は内膜調整方法をご記入ください
例) 卵巣刺激方法: ロング法、ショート法、アンタゴニスト法、クロミフェン+hMG法、PPOS法、自然周期 等
例) 内膜調整方法: ホルモン補充周期、自然周期、卵巣刺激周期 等
- 採卵数または融解数 採卵によって回収された卵子の数、または融解した卵子/胚の数をご記入ください
- 受精卵数 実施施設から報告のあった受精卵数をご記入ください
- 新鮮胚移植数(発育段階) 新鮮胚を行った場合は移植個数と発育段階をご記入ください
• 移植個数: 新鮮胚移植を予定していたが移植できなかった場合は「0」をご記入ください
全胚凍結を予定していた場合はご記入しないでください
• 発育段階: 初期胚または胚盤胞に○をつけてください
• () の中に移植した胚の細胞数、評価をご記入ください(わからない場合はご記入しないでください)
- 凍結数 凍結保存した卵子/胚の数をご記入ください
- 結果 その治療周期の結果をご記入ください(選択肢にない場合は「その他」に○をつけて備考の欄にご記入ください)
- 備考 副作用の有無や状態、妊娠の転帰についてご記入ください