

# 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ご記入ください。  
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。

診察券番号

ご記入しないでください

お名前

※わかる範囲でご記入ください

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
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解				個 初期胚 胚盤胞 ( )		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解				個 初期胚 胚盤胞 ( )		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解				個 初期胚 胚盤胞 ( )		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解				個 初期胚 胚盤胞 ( )		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解				個 初期胚 胚盤胞 ( )		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解				個 初期胚 胚盤胞 ( )		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解				個 初期胚 胚盤胞 ( )		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解				個 初期胚 胚盤胞 ( )		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	
年 月		体外受精 顕微授精 体外+顕微 胚融解 卵子融解				個 初期胚 胚盤胞 ( )		出産 妊娠後流産 妊娠せず 胚移植せず その他	

※枠が足りない場合は必要分を印刷してご記入ください