

① 不妊症の検査・治療を受けたことがありますか

- ある
ない

② これまでに受けた検査と結果

- 超音波検査 問題なし
問題あり ⇒ 子宮筋腫 卵巣のう腫
その他 ()
- ホルモン検査 問題なし
問題あり ⇒ 黄体ホルモン 高プロラクチン
その他 ()
- 性交後検査 (フーナーテスト) 問題なし 不良
- 精液検査 問題なし
問題あり ⇒ 精子が少ない 精子がない
精子の動きが悪い その他 ()
- 子宮卵管造影検査 問題なし
(20 年 月) 問題あり ⇒ 卵管閉塞 (右・左・両方)
その他 ()
- 卵管通気・通水検査 問題なし
(20 年 月) 問題あり()
- 腹腔鏡 問題なし
(20 年 月) 問題あり()
- 抗精子抗体検査 問題なし
問題あり()
- その他

③ これまでに受けた治療

- 排卵誘発剤の飲み薬
排卵誘発剤の注射
人工授精 自然周期.....回 飲み薬周期.....回 注射周期.....回

④ 体外受精・顕微授精

- (1) 体外受精 顕微授精
・採卵数 個 ・受精 個 ・新鮮胚移植 ・凍結融解胚移植
- (2) 体外受精 顕微授精
・採卵数 個 ・受精 個 ・新鮮胚移植 ・凍結融解胚移植



(3) 体外受精 顕微授精
・採卵数 個、受精 個、新鮮胚移植、凍結融解胚移植

(4) 体外受精 顕微授精
・採卵数 個、受精 個、新鮮胚移植、凍結融解胚移植

⑤ 受診される動機となった出来事がありますか

ある・・・それはどんなことですか

ない

わからない

⑥ 受診されるにあたってどのようなご希望がありますか

検査や治療について相談のみ希望

セカンドオピニオン（他の病院通院中で、主治医以外の意見を聞きたい場合）

必要な検査を受けたい

積極的に必要な治療を受けたい

その他

--

⑦ ご希望などがありましたらご記入ください

～ご連絡先の確認について～

緊急の連絡などで、電話をさせていただくことがあります。

あなたに直接連絡ができる、電話番号をご記入ください。

あなたのお名前 _____

ご記入日 年 月 日 _____

優先順位	○をしてください	電話番号	病院の名前を出してもよろしいですか	留守番電話に入れてもよろしいですか
①	携帯 自宅 職場		はい いいえ	はい いいえ
②	携帯 自宅 職場		はい いいえ	はい いいえ
③	携帯 自宅 職場		はい いいえ	はい いいえ

★連絡先の電話番号を変更された場合は、ARTセンター受付にお申し出ください