

体外受精を受けたことがありますか はい ・ いいえ

お名前

『はい』と答えた方は、下の表に記入してください（※下の記入欄で足りない方は、別紙にもご記入ください）

採卵年月日（西暦）	採卵刺激法		採卵数	移植済卵数	移植日（西暦）	分割卵/胚盤胞	移植胚数	妊娠の有無
1. 年 月 日 治療施設名 () 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法	<input type="checkbox"/> hCG注射使用	個	個	/ /		個	
		<input type="checkbox"/> ショート法			あり・なし	/ /		個
	<input type="checkbox"/> アンダコニスト法		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
	<input type="checkbox"/> 低刺激周期（クロミッド等）		個	個	/ /		個	
	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明				/ /		個	
2. 年 月 日 治療施設名 () 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法	<input type="checkbox"/> hCG注射使用	個	個	/ /		個	
		<input type="checkbox"/> ショート法			あり・なし	/ /		個
	<input type="checkbox"/> アンダコニスト法		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
	<input type="checkbox"/> 低刺激周期（クロミッド等）		個	個	/ /		個	
	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明				/ /		個	
3. 年 月 日 治療施設名 () 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法	<input type="checkbox"/> hCG注射使用	個	個	/ /		個	
		<input type="checkbox"/> ショート法			あり・なし	/ /		個
	<input type="checkbox"/> アンダコニスト法		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
	<input type="checkbox"/> 低刺激周期（クロミッド等）		個	個	/ /		個	
	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明				/ /		個	
4. 年 月 日 治療施設名 () 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法	<input type="checkbox"/> hCG注射使用	個	個	/ /		個	
		<input type="checkbox"/> ショート法			あり・なし	/ /		個
	<input type="checkbox"/> アンダコニスト法		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
	<input type="checkbox"/> 低刺激周期（クロミッド等）		個	個	/ /		個	
	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明				/ /		個	