

他院で体外受精・顕微授精を受けたことがある方へ

 保険診療で体外受精・顕微授精をされた方へ
 自己注射を保険診療でしたことがありますか？

氏名 _____

 はい

 いいえ

保険診療で胚移植を行った回数

() 回

保険診療で体外受精(排卵誘発)を開始した時の年齢

() 歳

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
* 治療の時期は？					
* 採卵数は？					
* 戻した数は？ (保険診療か自費診療か 該当に○をしてください。)	(保険 自費)	(保険 自費)	(保険 自費)	(保険 自費)	(保険 自費)
* 分割状態は？					
* 顕微授精の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
* 卵の作り方は？ (HMG・スプレキュア・ クロミッド etc...)					
* 病院名					
* その他					