

不妊検査・治療初診の方は記入して持参してください

不明の項目については受診時にお伝えください

他院の検査結果があれば持参してください

- ① 結婚後の避妊期間：
- ② タイミング療法の期間とその方法（基礎体温、アプリ、排卵検査薬、通院など）

- ③ これまでの通院歴について

不妊原因はどのように説明されていますか？：

施行済みの検査に○をしてください

血液検査：下垂体ホルモン、AMH、黄体ホルモン、甲状腺ホルモン、クラミジア抗体
感染症検査（B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HIV）風疹抗体

1年以内の子宮頸がん検診 細菌培養

子宮卵管造影 子宮鏡

精液検査

不育症検査

子宮内膜フローラ検査 ERA 検査 EMMA/ALICE 検査

以下は医療機関ごとに記載してください

- ① 医療機関名：
通院期間：
薬物療法：
人工授精： 周期

施行した生殖補助医療をすべて記入してください。

排卵誘発方法（使用した薬剤名）、採卵日、胚移植日 など

- ② 医療機関名：
通院期間：
薬物療法：
人工授精： 周期

施行した生殖補助医療をすべて記入してください。

実施医療機関で渡された培養結果等についての報告書を持参してください。

記入日 年 月 日

上記の生殖補助医療治療回数に間違いありません

(直筆署名)