

選択してください：（ 一般不妊治療希望 ・ 体外受精希望 ・ 不明 ） （ 保険診療希望 ・ 自費診療希望 ・ 不明 ）

これまでの妊娠・分娩・流産歴について

日付（西暦）	施設名	治療方法	結果	妊娠週数
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	

※初期胚移植：4分割胚～8分割胚を移植すること

※化学流産：妊娠反応陽性であったが胎のうを認めなかった流産

他院での不妊検査の結果について

AMH値	左卵管	右卵管	精子検査	ヒューナーテスト	子宮けい癌検査
ng/ml	正常 ・ 他	正常 ・ 他	正常 ・ 他	正常 ・ 他	西暦 年 月（結果： 正常 ・ 他）

不妊治療歴について：タイミング療法（通算 回）、人工授精（通算 回）、採卵（通算 回）、胚移植（通算 回）

※採卵および胚移植については、個別に詳記してください

採卵の日付（西暦）	施設名	胚移植の日付（西暦）	施設名	初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	妊娠結果
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	
年 月 日		年 月 日		初期胚・胚盤胞	新鮮胚・凍結胚	保険・自費	

他院に保存されている凍結胚・精子はある（ はい ・ いいえ ）：凍結胚（ ）個、凍結精子（ ）個

以上、私達の過去の胚移植回数や内容について、相違ないことを証明します。

上記が虚偽の報告であり、当院の保険診療報酬に対して損害が生じた場合、その損害額について全額弁済することを誓約します。

西暦 年 月 日 ※ご署名のみ来院時に記入ください

カルテNo. (記入しないでください)

夫名前 (本人署名)

年 月 日 初診 (記入しないでください)

妻名前 (本人署名)

