

検査結果を含めてはっきり覚えている検査のみ はいに○をつけて下さい

( 年月は一番最近のもので、出産経験がある場合はそれ以降の検査のみ記入してください )

- 子宮卵管造影検査をしたことがある ( はい いいえ わからない ) ( 年 月 )
- 通気または通水検査をしたことがある ( はい いいえ わからない ) ( 年 月 )
- 精液検査をしたことがある ( はい いいえ わからない ) ( 年 月 )
- 性交後（フナー）テストをしたことがある ( はい いいえ わからない ) ( 年 月 )
- 抗精子抗体検査をしたことがある ( はい いいえ わからない ) ( 年 月 )
- クラミジア核酸同定検査（細胞検査）をしたことがある ( はい いいえ わからない ) ( 年 月 )
- クラミジア抗体検査（血液検査）をしたことがある ( はい いいえ わからない ) ( 年 月 )
- 子宮鏡検査をしたことがある ( はい いいえ わからない ) ( 年 月 )
- 抗ミュラー管ホルモン（AMH）検査をしたことがある ( はい いいえ わからない ) ( 年 月 )

その他に施行した検査があれば記入してください

以上の検査で異常を指摘されたものを記入してください

- 排卵を調節する薬剤を使用したことがある ( はい いいえ わからない )
- はいの場合
  - 経口剤 ( クロミッド セキシビット その他 )
  - 注射剤 ( HCG HMG FSH その他 )
- その他に使用したことがある薬剤は ( )
- 薬の使用で卵巣が腫れたりしたことがある ( はい いいえ わからない )
- 人工授精をしたことがある ( いいえ はい 回 )
- 体外受精をしたことがある ( いいえ はい 採卵 回 胚移植 回 )

他院で治療されていた方は治療経過を簡単に記入して下さい 病医院名 ( )

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---