

3 治療歴、妊娠歴、検査結果

| | | | | | |
|------|--------|------|----|-----|------|
| | タイミング法 | 人工授精 | 採卵 | 胚移植 | TESE |
| 治療回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

| | | | |
|------------------|-------|----|----|
| 妊娠したことがありますか(選択) | ある ない | | |
| | 妊娠 | 出産 | 流産 |
| 回数 | 回 | 回 | 回 |

出身地(生まれた所)はどこですか(都道府県名)

本日の精液検査の禁欲期間は何日ですか

万一輸血が必要になった場合、何か問題がありますか(選択)

| |
|--------|
| |
| 日 |
| はい いいえ |

★ここまで必須

~~~~~

感染症採血(過去1年以内のデータのみ記載) \* 採血データはコピーを持参してください

| 妻     | 採血日 | (+) or (-) | 夫     | 採血日 | (+) or (-) |
|-------|-----|------------|-------|-----|------------|
| RPR   |     |            | RPR   |     |            |
| TPHA  |     |            | TPHA  |     |            |
| HBsAg |     |            | HBsAg |     |            |
| HCV   |     |            | HCV   |     |            |
| HIV   |     |            | HIV   |     |            |

| 妻   | ABO型 | Rh型 | 夫   | ABO型 | Rh型 |
|-----|------|-----|-----|------|-----|
| 血液型 |      |     | 血液型 |      |     |