

他院で体外受精・ギフトを受けたことがある方へ

氏名 _____

	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？					
* 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					