

他院で体外受精・顕微授精を受けたことがある方へ

保険診療で体外受精・顕微授精をされた方へ

自己注射を保険診療でしたことがありますか？

氏名

☐ はい

☐ いいえ

	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					