

胚移植治療歴申告書および妊娠歴のお伺い

申告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察券番号 _____ 氏名 _____

妊娠歴、胚移植歴についてお伺いします。

外来	IVF

①保険診療の胚移植 ②自費診療の胚移植 ③その他の妊娠に分けてご記入ください。

赤太枠の項目については、間違いや虚偽の申告がないよう十分注意してご記入ください。

記入内容に誤りがあり保険で算定できなかった場合、後から自費診療の料金をお支払いしていただく必要があります。

①**保険診療の移植** * 古い事項から順にご記入ください。

初めて**保険診療**の生殖補助医療治療計画（保険更新を除く）を立てた日付・女性のご年齢・病院名



※出産された方は次子の治療に向けた計画書を初めて立てた時のご年齢をお書きください。

※当院記入欄

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) (病院名: _____)

	時期(年齢)	妊娠反応	転帰	移植を行った病院名	移植可能回数	外来	IVF
					6回 / 3回		
					保険移植 実施回数		
1	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶				
2	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶				
3	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶				
4	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶				
5	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶				
6	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶				

胚移植術により出産、または妊娠12週以降の流産、22週以降の死産に至った場合は移植の回数カウントがリセットとなります。
該当する方は母子手帳(死産の場合は診断書や医師の証明書を含む)により確認させていただきますので、書類を添えてご提出ください。コピーして返却いたします。

②**自費診療の移植** * 直近6回分を古い事項から順にご記入ください。

	時期(年齢)	妊娠反応	転帰	移植を行った病院名
1	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶	
2	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶	
3	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶	
4	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶	
5	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶	
6	年 月 (歳)	1.陽性 2.陰性	1.出産 2.流産(週) 3.化学流産 4.死産 5.中絶	

③**その他(自然妊娠・タイミング・人工授精)の妊娠** * 直近6回分を古い事項から順にご記入ください。

	時期(年齢)	転帰			
1	年 月 (歳)	1.出産 2.化学流産 3.流産 4.死産 5.中絶	4	年 月 (歳)	1.出産 2.化学流産 3.流産 4.死産 5.中絶
2	年 月 (歳)	1.出産 3.化学流産 3.流産 4.死産 5.中絶	5	年 月 (歳)	1.出産 2.化学流産 3.流産 4.死産 5.中絶
3	年 月 (歳)	1.出産 4.化学流産 3.流産 4.死産 5.中絶	6	年 月 (歳)	1.出産 2.化学流産 3.流産 4.死産 5.中絶