

お名前 _____

診察券 No. _____

胚移植日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご妊娠経過についてお答えください。

1. 異常なし
2. 異常があった方は下記項目を選択してご記入下さい。
 - ① 自然流産 (妊娠 _____ 週で流産)
 - ② 人工妊娠中絶 (理由 _____)
 - ③ 減胎手術を受けた (手術後の胎児数 _____)
 - ④ 妊娠 22 週以降の死産 (妊娠 _____ 週で死産)
 - ⑤ 妊娠期間中に入院をした (原因は? _____)
 - ⑥ 妊娠期間中に治療を受けた (原因は? _____)
 - ⑦ その他 (_____)

ご出産の状況についてお答えください。

1. ご出産日は? (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
2. 妊娠期間は何週でしたか? (_____ 週 _____ 日)
3. ご出産されたお子様は何人ですか? (男 _____ 人 ・ 女 _____ 人) 一卵性多胎 (Yes ・ No)
4. ご出産方法は? (分娩した施設名 _____)
 - ① 経膣式分娩
 - ② 腹式帝王切開分娩
 - ③ その他 (両方など _____)
5. 出産時の母体の異常は?
 - ① なし
 - ② あり (異常について _____)
6. 今回出産されたお子様についてご記入下さい。

	性別	出生時体重	先天異常の有無	出産後の経過	1ヶ月後の発育
1人目	男 女	g	1. 無 2. 有 (_____)	1、健康 2、加療中 3、その他 (_____)	1、良好 2、問題がある (_____)
2人目	男 女	g	1. 無 2. 有 (_____)	1、健康 2、加療中 3、その他 (_____)	1、良好 2、問題がある (_____)
3人目	男 女	g	1. 無 2. 有 (_____)	1、健康 2、加療中 3、その他 (_____)	1、良好 2、問題がある (_____)

☆ 亡くなられている場合は、死亡年月日をご記入願います。

今回の体外受精で不妊治療助成金の制度を利用しましたか?

- ① 利用していない
- ② 利用した (申請した市は? _____ 県 _____ 市)

ご協力大変ありがとうございました。