

不妊治療におけるカップルの検査や治療の記録

CONCEPTION NOTE

——— コンセプションノート ———

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金（旧 厚生労働科学研究費）
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

課題番号 21DA1003

「標準的な生殖医療の知識啓発と情報提供のためのシステム構築に関する研究」

— 患者記録形式の検討 —

目次

はじめに	2
患者さんのための生殖医療ガイドライン	3
妊娠を希望するカップル	4

女性の健康状態・検査・治療

基本情報

治療を受ける女性の健康状態等	6
----------------	---

検査の記録

女性の検査の記録	9
----------	---

一般不妊治療

一般不妊治療計画	16
----------	----

タイミング療法の記録	20
------------	----

人工授精の記録	24
---------	----

生殖補助医療 (ART)

生殖補助医療 (ART) 治療計画	30
-------------------	----

採卵の記録	38
-------	----

先進医療	42
------	----

胚移植の記録	44
--------	----

男性の健康状態・検査・治療

治療を受ける男性の健康状態等	54
----------------	----

男性の検査の記録	57
----------	----

男性の治療の記録	62
----------	----

不育症

流産の記録	66
-------	----

不育症検査の記録	67
----------	----

不育症治療の記録	70
----------	----

はじめに

- Conception（コンセプション）とは妊娠や受胎という意味です。
- CONCEPTION NOTE（コンセプション ノート）は全国共通で不妊治療や生殖補助医療を受けるカップルと医療側が情報を共有するためのものです。このノートに丁寧に記録をすることで、無駄な検査や治療を省くことができます。また転院や転勤の際など、施設間を横断する場合でも、あなたの受けた検査や治療の記録があることで、効率的な治療を受けることができます。
- ご自身の受ける治療を理解することは大切なことです。本ノートは、医師や看護師、性と健康の相談センターの相談員の方に適宜指導を受け、ご自身でできる限り記載をしておきましょう。

不妊治療をはじめる前に

- 検査や治療を始める前に、カップルで不妊治療や生殖補助医療について、どこまでの治療をいつまで受けるのかなど、よく話し合ひましょう。
- 検査や治療はカップルで協力して進めましょう。
- 知識を得るためには、「患者さんのための生殖医療ガイドライン」に不妊治療で必要とされる適切な最新情報がわかりやすく書かれており、今後の検査や治療の参考になります。
- 不安なことや疑問点、ストレスなど一人で悩まず、いつでも医療機関や性と健康の相談センターに相談しましょう。

患者さんのための生殖医療ガイドライン

不妊症についての一般的な基礎知識、検査、治療を中心に、体外受精・胚移植、先進医療、男性不妊、不育症についてもわかりやすく解説しています。治療の内容を理解するためにご活用ください。



患者さんのための生殖医療ガイドライン

<https://www.gynecology-htu.jp/reproduction>

※右記二次元バーコードからもアクセスできます



2022年4月に不妊症診療の保険適用が大きく拡大されました。この保険適用は、一般社団法人日本生殖医学会が作成した「生殖医療ガイドライン」に沿って整備されました。

「生殖医療ガイドライン」は、最善の不妊症診療を行うために現在の検査・治療に関する評価を行って作成されましたが、記載内容は不妊症の診療を行う医師等の専門家向けとなっています。この専門家向けの「生殖医療ガイドライン」の内容を患者さんにもわかりやすく伝えるため、令和4年度厚生労働科学研究費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）「標準的な生殖医療の知識啓発と情報提供のためのシステム構築に関する研究」の一環として作成されました。専門用語やわからない内容等があれば、二次元バーコードからアクセスし、ぜひご活用ください。

妊娠を希望するカップル

※生殖補助医療（ART）が保険で受けられるのは43歳未満です。

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入しておきましょう

治療を受ける女性	ふりがな 氏名	生年月日(西暦)	年 月 日
住所	〒 -		
電話番号 <small>(緊急時に連絡がとれる番号)</small>	- -		
職業 <small>(できるだけ具体的に)</small>			
就労環境 <small>(できるだけ具体的に)</small>	<ul style="list-style-type: none"> ● 1日約 時間勤務 (時 ~ 時) ● 交代制などの変則的な勤務 あり・なし ● 休日 () 		

治療を受ける男性	ふりがな 氏名	生年月日(西暦)	年 月 日
住所 <small>(妻と住所が異なる場合は記入)</small>	〒 -		
電話番号 <small>(緊急時に連絡がとれる番号)</small>	- -		
職業 <small>(できるだけ具体的に)</small>			
就労環境 <small>(できるだけ具体的に)</small>	<ul style="list-style-type: none"> ● 1日約 時間勤務 (時 ~ 時) ● 交代制などの変則的な勤務 あり・なし ● 休日 () 		

※いずれかにを入れてください。

婚姻関係	<input type="checkbox"/> 法的な婚姻関係にある <input type="checkbox"/> 事実婚で、出生した子の認知を行う意向がある <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

女性の健康状態・検査・治療

治療を受ける女性の健康状態等

医療機関を受診するまでに、ご自身で記入しておきましょう

身長	cm	心だんの体重	kg	結婚年齢	歳
BMI	BMI (体格指数) = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)				

●次の病気にかかったことはありますか。

あるものに○をつけ現在の治療や内服薬などがあれば記入しておきましょう。

該当に○	病名	発症や治癒の年月日			治療内容・使用薬剤	
	高血圧	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	糖尿病	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	慢性腎炎	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	肝炎	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	心臓病	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	甲状腺の病気	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	喘息	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	精神疾患 (心の病気)	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	その他病名	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	その他病名	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	その他病名	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	風しん	罹患	年	(歳)	
	麻疹	罹患	年	(歳)	
	おたふく風邪 (流行性耳下腺炎、ムンプス)	罹患	年	(歳)	

●今までに入院 (不妊治療以外) したことがありますか。

入院期間		病名	治療	施設名
入院	年 月 日			
退院	年 月 日			
入院	年 月 日			
退院	年 月 日			
入院	年 月 日			
退院	年 月 日			

●今までに手術 (不妊治療以外) を受けたことはありますか。

手術の年月日	病名	術式	施設名
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

●今までに以下の項目で該当するものがあれば☑し、必要な内容は記入しておきましょう。

- アナフィラキシーショック
 注射や採血時の気分不良
 アレルギー (原因: _____)

●禁忌薬剤

使用できない薬剤があれば記入しておきましょう。また、薬剤を使用した時の病名もわかる範囲で記入しておきましょう。

薬剤名	症状	病名

- 栄養状態は問題ありませんか。 はい・いいえ
- 睡眠は十分にとれていますか。 はい・いいえ
- たばこを吸いますか。 はい(1日 本)・いいえ
- お酒を飲みますか。 はい(1日の量)・いいえ
- 葉酸は飲んでいますか。 はい・いいえ
- 排卵誘発剤の自己注射の経験はありますか。 はい・いいえ
- ご自身の健康状態で気になることを記入しておきましょう。

●妊娠・出産歴

該当する箇所に○や☑を入れ、必要なところは記入をしておきましょう。
 不育症の方は、不育症のページ(P.66)に記載しておきましょう。

出産や流産の年月	状態	施設名
年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 出産(妊娠 週) 男児・女児(g) 経膣分娩・帝王切開 児:異常なし・あり 母:異常なし・あり <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) 流産処置:あり・なし <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 絨毛性疾患 【自由記載欄】母児の気になることを記入しておきましょう	
年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 出産(妊娠 週) 男児・女児(g) 経膣分娩・帝王切開 児:異常なし・あり 母:異常なし・あり <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) 流産処置:あり・なし <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 絨毛性疾患 【自由記載欄】母児の気になることを記入しておきましょう	
年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 出産(妊娠 週) 男児・女児(g) 経膣分娩・帝王切開 児:異常なし・あり 母:異常なし・あり <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) 流産処置:あり・なし <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 絨毛性疾患 【自由記載欄】母児の気になることを記入しておきましょう	

女性の検査の記録

医療機関を受診して結果がでたら、ご自身で記入しておきましょう

※該当する箇所に☑を入れ、必要なところは記入をしておきましょう。
 ※書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

一般検査

検査(実施)項目	検査(実施)年月日	結果	施設名
血液型	年 月 日	ABO 型/Rh()	
風疹ウイルス抗体	年 月 日	<input type="checkbox"/> 抗体あり <input type="checkbox"/> 抗体なし 抗体価(倍)	
風疹ワクチン接種	年 月 日		
ハイリスクHPV検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
HPVワクチン接種	年 月 日		
HBs抗原	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
HCV抗体	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
梅毒血清反応	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
HIV抗体	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
HTLV-1	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

子宮頸がん検査

検査年月日	結果	治療経過	施設名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 精密検査 (コルボスコピー) (年 月 日) <input type="checkbox"/> レーザー蒸散術 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 円錐切除術 (年 月 日)	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 精密検査 (コルボスコピー) (年 月 日) <input type="checkbox"/> レーザー蒸散術 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 円錐切除術 (年 月 日)	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 精密検査 (コルボスコピー) (年 月 日) <input type="checkbox"/> レーザー蒸散術 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 円錐切除術 (年 月 日)	

クラミジア検査

検査年月日	結果	治療	施設名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 夫婦で治療済	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 夫婦で治療済	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 夫婦で治療済	

memo ※その他の検査結果などを記入しておきましょう。

ホルモン検査

※数値を記入しておきましょう。

検査年月日	LH (mIU/ml)	FSH (mIU/ml)	エストロゲン (pg/ml)	黄体ホルモン (ng/ml)	プロラクチン (ng/ml)	施設名
年 月 日 (卵胞期・排卵期・黄体期)						
年 月 日 (卵胞期・排卵期・黄体期)						
年 月 日 (卵胞期・排卵期・黄体期)						
年 月 日 (卵胞期・排卵期・黄体期)						
年 月 日 (卵胞期・排卵期・黄体期)						
年 月 日 (卵胞期・排卵期・黄体期)						
年 月 日 (卵胞期・排卵期・黄体期)						
年 月 日 (卵胞期・排卵期・黄体期)						

甲状腺ホルモン検査

※数値を記入しておきましょう。TSHやfT4以外の検査は検査名と結果を記入しておきましょう。

検査日	TSH (μU/ml)	fT4 (ng/dl)	その他 (検査名)	治療	施設名
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					

抗ミュラー管ホルモン (AMH)

※生殖補助医療 (ART) を受けられる方は6月に1回保険で測定できます。

※AMHは卵子の質を表すものではありません。

検査年月日	年齢	結果 (ng/ml)	施設名
年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 年齢相当 <input type="checkbox"/> 低値 <input type="checkbox"/> 高値	
年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 年齢相当 <input type="checkbox"/> 低値 <input type="checkbox"/> 高値	
年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 年齢相当 <input type="checkbox"/> 低値 <input type="checkbox"/> 高値	
年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 年齢相当 <input type="checkbox"/> 低値 <input type="checkbox"/> 高値	
年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 年齢相当 <input type="checkbox"/> 低値 <input type="checkbox"/> 高値	
年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 年齢相当 <input type="checkbox"/> 低値 <input type="checkbox"/> 高値	

memo ※その他の検査結果などを記入しておきましょう。

卵管の検査

検査年月日	検査法	結果	施設名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 通水検査 <input type="checkbox"/> 通気検査	<input type="checkbox"/> 両側異常なし <input type="checkbox"/> 右卵管通過性不良 <input type="checkbox"/> 左卵管通過性不良 <input type="checkbox"/> 両側閉塞	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 通水検査 <input type="checkbox"/> 通気検査	<input type="checkbox"/> 両側異常なし <input type="checkbox"/> 右卵管通過性不良 <input type="checkbox"/> 左卵管通過性不良 <input type="checkbox"/> 両側閉塞	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 通水検査 <input type="checkbox"/> 通気検査	<input type="checkbox"/> 両側異常なし <input type="checkbox"/> 右卵管通過性不良 <input type="checkbox"/> 左卵管通過性不良 <input type="checkbox"/> 両側閉塞	

子宮鏡・卵管鏡下卵管形成術 (FT)・腹腔鏡

※受けた手術にを入れ、結果を記入しておきましょう。

手術年月日	検査法	結果	施設名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> 卵管鏡下卵管形成術 (FT) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> 卵管鏡下卵管形成術 (FT) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> 卵管鏡下卵管形成術 (FT) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡		

予備欄

※検査データを貼ったり、気になったことを書き込んだりしておきましょう。

予備欄

※働く女性は「不妊治療連絡カード」を活用しましょう。

※妊娠や不妊治療についての悩みや不安がある方は、医療機関や性と健康の相談センター等に相談しましょう。

一般不妊治療計画 ①

※医師から説明を受けた不妊原因や治療計画は該当する箇所に○や☑を入れ、必要なところは記入をしておきましょう。

※治療計画は、**少なくとも6か月に1回以上は見直しをしましょう。**

不妊原因	<input type="checkbox"/> 排卵障害 <input type="checkbox"/> 多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) <input type="checkbox"/> 高プロラクチン血症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮因子 (子宮筋腫・子宮奇形・子宮内ポリープ) <input type="checkbox"/> 勃起不全・射精障害 <input type="checkbox"/> 乏精子症・精子無力症・奇形精子症 <input type="checkbox"/> 無精子症 (非閉塞性無精子症・閉塞性無精子症) <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> セックスレス (女性因子・男性因子) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 (亢進・低下) <input type="checkbox"/> その他 ※記載のない原因を記入しておきましょう						
治療計画	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">タイミング療法</td> <td style="width: 50%;">回の予定</td> </tr> <tr> <td>人工授精</td> <td>回の予定</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他 ※タイミング療法や人工授精以外の治療計画を記入しておきましょう</td> </tr> </table>	タイミング療法	回の予定	人工授精	回の予定	その他 ※タイミング療法や人工授精以外の治療計画を記入しておきましょう	
タイミング療法	回の予定						
人工授精	回の予定						
その他 ※タイミング療法や人工授精以外の治療計画を記入しておきましょう							
治療計画立案日	年 月 日						
施設名							
memo ※大切なことや気になることを記入しておきましょう。							

一般不妊治療計画 ②

※医師から説明を受けた不妊原因や治療計画は該当する箇所に○や☑を入れ、必要なところは記入をしておきましょう。

※治療計画は、**少なくとも6か月に1回以上は見直しをしましょう。**

不妊原因	<input type="checkbox"/> 排卵障害 <input type="checkbox"/> 多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) <input type="checkbox"/> 高プロラクチン血症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮因子 (子宮筋腫・子宮奇形・子宮内ポリープ) <input type="checkbox"/> 勃起不全・射精障害 <input type="checkbox"/> 乏精子症・精子無力症・奇形精子症 <input type="checkbox"/> 無精子症 (非閉塞性無精子症・閉塞性無精子症) <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> セックスレス (女性因子・男性因子) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 (亢進・低下) <input type="checkbox"/> その他 ※記載のない原因を記入しておきましょう						
治療計画	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">タイミング療法</td> <td style="width: 50%;">回の予定</td> </tr> <tr> <td>人工授精</td> <td>回の予定</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他 ※タイミング療法や人工授精以外の治療計画を記入しておきましょう</td> </tr> </table>	タイミング療法	回の予定	人工授精	回の予定	その他 ※タイミング療法や人工授精以外の治療計画を記入しておきましょう	
タイミング療法	回の予定						
人工授精	回の予定						
その他 ※タイミング療法や人工授精以外の治療計画を記入しておきましょう							
治療計画立案日	年 月 日						
施設名							
memo ※大切なことや気になることを記入しておきましょう。							

一般不妊治療計画 ③

※医師から説明を受けた不妊原因や治療計画は該当する箇所に○や☑を入れ、必要なところは記入をしておきましょう。

※治療計画は、**少なくとも6か月に1回以上は見直しをしましょう。**

不妊原因	<input type="checkbox"/> 排卵障害 <input type="checkbox"/> 多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) <input type="checkbox"/> 高プロラクチン血症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮因子 (子宮筋腫・子宮奇形・子宮内ポリープ) <input type="checkbox"/> 勃起不全・射精障害 <input type="checkbox"/> 乏精子症・精子無力症・奇形精子症 <input type="checkbox"/> 無精子症 (非閉塞性無精子症・閉塞性無精子症) <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> セックスレス (女性因子・男性因子) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 (亢進・低下) <input type="checkbox"/> その他 ※記載のない原因を記入しておきましょう
治療計画	タイミング療法 回の予定 人工授精 回の予定 その他 ※タイミング療法や人工授精以外の治療計画を記入しておきましょう
治療計画立案日	年 月 日
施設名	
memo ※大切なことや気になることを記入しておきましょう。	

予備欄

タイミング療法は年齢や回数に制限がなく保険で治療を受けることができます。

治療が奏効しない場合には、人工授精や生殖補助医療について医師と相談しましょう。

タイミング療法の記録

※使用した薬剤は薬剤メモ（P.22、23）を参考に○をつけ、排卵誘発剤以外の薬剤を使用した場合も記入をしておきましょう。書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

回数	最終月経開始日	排卵誘発剤	その他併用薬剤	薬剤の不安や気づきなど
1	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
2	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
3	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
4	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
5	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
6	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		

※診察経過の欄は卵胞の大きさや内膜の厚み、タイミングを持った日などを記入しておきましょう。

診察経過（卵胞や子宮内膜の状態、タイミングを持った日など）	妊娠の転帰	施設名
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	

タイミング療法の記録

※治療回数が6回以上の場合は、このページに追加して治療を受けた記録を残しておきましょう。

回数	最終月経開始日	排卵誘発剤	その他併用薬剤	薬剤の不安や気づきなど
7	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
8	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
9	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
10	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		

薬剤メモ

排卵誘発剤	商品名
CC (クエン酸クロミフェン)	錠剤 クロミッド、セキソビット
AI (アロマトーゼ阻害薬)	錠剤 レトゾール、フェマーラ
FSH/hMG製剤	注射 フォリルモンP、hMGフェリング、hMGフジ、uFSHあすか
r-FSH製剤	ペン型注射 ゴナールエフベン、レコベル
hCG製剤	注射 オビドレル、ゴナトロピン

診察経過 (卵胞や子宮内膜の状態、タイミングを持った日など)	妊娠の転帰	施設名
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	

排卵誘発剤	商品名
GnRHアゴニスト	点鼻剤 スプレキュア、ナサニール、ナファレリン、プセリン
GnRHアンタゴニスト	注射 セトロタイド、ガニレスト
黄体ホルモン製剤	錠剤 デュファストン、プロベラ、ヒスロン、プロゲストン、 メドロキシプロゲステロン酢酸エステル

人工授精の記録

※使用した薬剤は薬剤メモ（P.26、27）を参考に○をつけ、排卵誘発剤以外の薬剤を使用した場合も記入をしておきましょう。書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

回数	最終月経開始日	排卵誘発剤	その他併用薬剤	薬剤の不安や気づきなど
1	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
2	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
3	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
4	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
5	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
6	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		

※診察経過の欄は卵胞の大きさや内膜の厚み、人工授精の日や精子の状態などを記入しておきましょう。

診察経過（卵胞や子宮内膜、精子の状態、人工授精の日など）	妊娠の転帰	施設名
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	

人工授精の記録

※治療回数が6回以上の場合は、このページに追加して治療を受けた記録を残しておきましょう。

回数	最終月経開始日	排卵誘発剤	その他併用薬剤	薬剤の不安や気づきなど
7	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
8	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
9	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		
10	年 月 日	CC FSH/hMG製剤 r-FSH製剤 アロマトーゼ阻害薬 その他()		

薬剤メモ

排卵誘発剤	商品名
CC (クエン酸クロミフェン)	錠剤 クロミッド、セキソビット
AI (アロマトーゼ阻害薬)	錠剤 レトロゾール、フェマール
FSH/hMG製剤	注射 フォリルモンP、hMGフェリング、hMGフジ、uFSHあすか
r-FSH製剤	ペン型注射 ゴナールエフベン、レコベル
hCG製剤	注射 オビドレル、ゴナトロピン

診察経過 (卵胞や子宮内膜、精子の状態、人工授精の日など)	妊娠の転帰	施設名
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	
	妊娠 非妊娠 生化学的妊娠 流産 出産	

排卵誘発剤	商品名
GnRHアゴニスト	点鼻剤 スプレキュア、ナサニール、ナファレリン、プセリン
GnRHアンタゴニスト	注射 セトロタイド、ガニレスト
黄体ホルモン製剤	錠剤 デュファストン、プロベラ、ヒスロン、プロゲストン、メドロキシプロゲステロン酢酸エステル

予備欄

人工授精は年齢や回数に制限がなく、保険で治療を受けることができます。

- 人工授精の実施にあたっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法またはスイムアップ法等により、運動性の良好な精子を回収する前処置を行います。
- 治療は、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療を受けるカップル同席のうえ治療方針について医師と十分に相談し、文書による同意が必要です。
また、同意を得た文書は診療録に添付されます。
- 人工授精の目安は上限を6回とし、妊娠が成立しない場合は生殖補助医療へステップアップします。
治療が奏効しない場合には、生殖補助医療について医師と相談しましょう。

予備欄

- ※検査データを貼ったり、気になったことを書き込んだりしておきましょう。
- ※働く女性は「不妊治療連絡カード」を活用しましょう。
- ※妊娠や不妊治療についての悩みや不安がある方は、医療機関や性と健康の相談センター等に相談しましょう。

生殖補助医療 (ART) 治療計画 ①

- ※医師から説明を受けた不妊原因や治療計画は該当する箇所に☑を入れ、記入をしておきましょう。
 ※ARTの治療計画は胚移植ごとに計画が必要です。
 ※専門用語やオプション、先進医療等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

ARTの理由	<input type="checkbox"/> 卵管因子 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 機能性不妊 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療が無効
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
卵巣刺激法	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法(黄体ホルモン併用卵巣刺激法) <input type="checkbox"/> その他()
媒精法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 { <input type="checkbox"/> 射出精子(☐新鮮・☐凍結) <input type="checkbox"/> TESE(☐新鮮・☐凍結) } <input type="checkbox"/> 体外受精と顕微授精を同時に実施
オプション	<input type="checkbox"/> 卵子活性化 <input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 { }
先進医療	<input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 { }
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結 <input type="checkbox"/> 全胚凍結し、後日融解胚移植
治療計画立案日	年 月 日
施設名	
memo ※大切なことや気になることを記入しておきましょう。	

生殖補助医療 (ART) 治療計画 ②

- ※医師から説明を受けた不妊原因や治療計画は該当する箇所に☑を入れ、記入をしておきましょう。
 ※ARTの治療計画は胚移植ごとに計画が必要です。
 ※専門用語やオプション、先進医療等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

ARTの理由	<input type="checkbox"/> 卵管因子 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 機能性不妊 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療が無効
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
卵巣刺激法	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法(黄体ホルモン併用卵巣刺激法) <input type="checkbox"/> その他()
媒精法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 { <input type="checkbox"/> 射出精子(☐新鮮・☐凍結) <input type="checkbox"/> TESE(☐新鮮・☐凍結) } <input type="checkbox"/> 体外受精と顕微授精を同時に実施
オプション	<input type="checkbox"/> 卵子活性化 <input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 { }
先進医療	<input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 { }
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結 <input type="checkbox"/> 全胚凍結し、後日融解胚移植
治療計画立案日	年 月 日
施設名	
memo ※大切なことや気になることを記入しておきましょう。	

生殖補助医療 (ART) 治療計画 ③

※医師から説明を受けた不妊原因や治療計画は該当する箇所に☑を入れ、記入をしておきましょう。
 ※ARTの治療計画は胚移植ごとに計画が必要です。
 ※専門用語やオプション、先進医療等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

ARTの理由	<input type="checkbox"/> 卵管因子 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 機能性不妊 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療が無効
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
卵巣刺激法	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法(黄体ホルモン併用卵巣刺激法) <input type="checkbox"/> その他()
媒精法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 { <input type="checkbox"/> 射出精子(☐新鮮・☐凍結) <input type="checkbox"/> TESE(☐新鮮・☐凍結) } <input type="checkbox"/> 体外受精と顕微授精を同時に実施
オプション	<input type="checkbox"/> 卵子活性化 <input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 { }
先進医療	<input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 { }
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結 <input type="checkbox"/> 全胚凍結し、後日融解胚移植
治療計画立案日	年 月 日
施設名	
memo ※大切なことや気になることを記入しておきましょう。	

生殖補助医療 (ART) 治療計画 ④

※医師から説明を受けた不妊原因や治療計画は該当する箇所に☑を入れ、記入をしておきましょう。
 ※ARTの治療計画は胚移植ごとに計画が必要です。
 ※専門用語やオプション、先進医療等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

ARTの理由	<input type="checkbox"/> 卵管因子 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 機能性不妊 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療が無効
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
卵巣刺激法	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法(黄体ホルモン併用卵巣刺激法) <input type="checkbox"/> その他()
媒精法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 { <input type="checkbox"/> 射出精子(☐新鮮・☐凍結) <input type="checkbox"/> TESE(☐新鮮・☐凍結) } <input type="checkbox"/> 体外受精と顕微授精を同時に実施
オプション	<input type="checkbox"/> 卵子活性化 <input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 { }
先進医療	<input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 { }
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結 <input type="checkbox"/> 全胚凍結し、後日融解胚移植
治療計画立案日	年 月 日
施設名	
memo ※大切なことや気になることを記入しておきましょう。	

生殖補助医療 (ART) 治療計画 ⑤

- ※医師から説明を受けた不妊原因や治療計画は該当する箇所に☑を入れ、記入をしておきましょう。
 ※ARTの治療計画は胚移植ごとに計画が必要です。
 ※専門用語やオプション、先進医療等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

ARTの理由	<input type="checkbox"/> 卵管因子 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 機能性不妊 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療が無効
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
卵巣刺激法	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法(黄体ホルモン併用卵巣刺激法) <input type="checkbox"/> その他()
媒精法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 { <input type="checkbox"/> 射出精子(☐新鮮・☐凍結) <input type="checkbox"/> TESE(☐新鮮・☐凍結) } <input type="checkbox"/> 体外受精と顕微授精を同時に実施
オプション	<input type="checkbox"/> 卵子活性化 <input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 { }
先進医療	<input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 { }
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結 <input type="checkbox"/> 全胚凍結し、後日融解胚移植
治療計画立案日	年 月 日
施設名	
memo	※大切なことや気になることを記入しておきましょう。

生殖補助医療 (ART) 治療計画 ⑥

- ※医師から説明を受けた不妊原因や治療計画は該当する箇所に☑を入れ、記入をしておきましょう。
 ※ARTの治療計画は胚移植ごとに計画が必要です。
 ※専門用語やオプション、先進医療等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

ARTの理由	<input type="checkbox"/> 卵管因子 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 機能性不妊 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療が無効
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
卵巣刺激法	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法(黄体ホルモン併用卵巣刺激法) <input type="checkbox"/> その他()
媒精法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 { <input type="checkbox"/> 射出精子(☐新鮮・☐凍結) <input type="checkbox"/> TESE(☐新鮮・☐凍結) } <input type="checkbox"/> 体外受精と顕微授精を同時に実施
オプション	<input type="checkbox"/> 卵子活性化 <input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 { }
先進医療	<input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 { }
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結 <input type="checkbox"/> 全胚凍結し、後日融解胚移植
治療計画立案日	年 月 日
施設名	
memo	※大切なことや気になることを記入しておきましょう。

予備欄

女性の年齢が生殖補助医療の開始日(治療計画日)において43歳未満の場合に 保険で治療を受けることができます。

- 40歳未満は胚移植6回まで、40歳～43歳未満は胚移植3回までが保険適用です。
- 治療計画は、胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごとに作成します。
少なくとも6か月に1回以上、必要に応じて治療計画の見直しを行う必要があります。
- 治療は関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療を受けるカップル同席のうえ
治療方針について医師と十分に相談し、文書による同意が必要です。
また、同意を得た文書は診療録に添付されます。

予備欄

※働く女性は「不妊治療連絡カード」を活用しましょう。

※妊娠や不妊治療についての悩みや不安がある方は、医療機関や性と健康の相談センター等に
相談しましょう。

採卵の記録

※排卵誘発や受精の方法は該当する箇所におや☑を入れ、医師から説明された内容をできるだけ詳しく記入しておきましょう。書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

回数	採卵日／施設名	排卵誘発	使用した薬剤や量
1	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
2	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
3	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
4	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
5	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
6	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		

※専門用語や治療法等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

受精の方法	採卵数／受精数	胚移植	凍結胚
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個

採卵の記録

※採卵回数が6回以上の場合は、このページに追加して治療を受けた記録を残しておきましょう。

回数	採卵日／施設名	排卵誘発	使用した薬剤や量
7	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
8	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
9	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
10	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
11	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		
12	採卵日 年 月 日	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 PPOS法 その他()	
	施設名		

受精の方法	採卵数／受精数	胚移植	凍結胚
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個
体外受精 体外と顕微両方 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 射出精子 <input type="checkbox"/> TESE (<input type="checkbox"/> 新鮮・ <input type="checkbox"/> 凍結))	採卵数 個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> 残った胚は凍結	初期胚 個
	受精数 個		胚盤胞 個 その他() 個

先進医療

※できるだけ詳しく記入し、書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

先進医療名：	
実施年月日 年 月 日	結果や状態
施設名	
先進医療名：	
実施年月日 年 月 日	結果や状態
施設名	
先進医療名：	
実施年月日 年 月 日	結果や状態
施設名	
先進医療名：	
実施年月日 年 月 日	結果や状態
施設名	

※専門用語や先進医療等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

先進医療名：	
実施年月日 年 月 日	結果や状態
施設名	
先進医療名：	
実施年月日 年 月 日	結果や状態
施設名	
先進医療名：	
実施年月日 年 月 日	結果や状態
施設名	
先進医療名：	
実施年月日 年 月 日	結果や状態
施設名	

胚移植の記録 ①

※胚移植を行った際に該当する箇所に○や☑を入れ、医師から説明された内容をできるだけ詳しく記入しておきましょう。書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

※専門用語や治療法等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

胚移植の年月日	年 月 日 (二段階胚移植の場合：2回目移植日 年 月 日)
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植
子宮内膜調整法	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> ホルモン調整周期 使用薬剤名 ()
オプション	<input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
先進医療	<input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
移植胚 <small>わかる範囲で記入しておきましょう</small>	移植個数： 個 移植ステージ：初期胚・胚盤胞・その他 () 移植グレード：
移植胚の状態	子宮内膜厚： mm 移植の難易度 { <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 移植カテーテルの挿入困難 <input type="checkbox"/> 胚移植のやり直しがあった <input type="checkbox"/> その他 () }
現在保存している凍結胚	初期胚： 個 胚盤胞： 個 その他 ()： 個 【自由記載欄】※凍結胚のグレードなどをわかる範囲で記入しておきましょう
転帰	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 非妊娠 <input type="checkbox"/> 生化学的妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 絨毛性疾患 <input type="checkbox"/> 出産 分娩日： 年 月 日(妊娠 週 日) 男児・女児 (g) 経膈分娩・帝王切開 児：異常なし・あり 母：妊娠中・分娩時の異常 なし・あり 【自由記載欄】
治療施設名	

胚移植の記録 ②

※胚移植を行った際に該当する箇所に○や☑を入れ、医師から説明された内容をできるだけ詳しく記入しておきましょう。書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

※専門用語や治療法等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

胚移植の年月日	年 月 日 (二段階胚移植の場合：2回目移植日 年 月 日)
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植
子宮内膜調整法	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> ホルモン調整周期 使用薬剤名 ()
オプション	<input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
先進医療	<input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
移植胚 <small>わかる範囲で記入しておきましょう</small>	移植個数： 個 移植ステージ：初期胚・胚盤胞・その他 () 移植グレード：
移植胚の状態	子宮内膜厚： mm 移植の難易度 { <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 移植カテーテルの挿入困難 <input type="checkbox"/> 胚移植のやり直しがあった <input type="checkbox"/> その他 () }
現在保存している凍結胚	初期胚： 個 胚盤胞： 個 その他 ()： 個 【自由記載欄】※凍結胚のグレードなどをわかる範囲で記入しておきましょう
転帰	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 非妊娠 <input type="checkbox"/> 生化学的妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 絨毛性疾患 <input type="checkbox"/> 出産 分娩日： 年 月 日(妊娠 週 日) 男児・女児 (g) 経膈分娩・帝王切開 児：異常なし・あり 母：妊娠中・分娩時の異常 なし・あり 【自由記載欄】
治療施設名	

胚移植の記録 ③

※胚移植を行った際に該当する箇所に○や☑を入れ、医師から説明された内容をできるだけ詳しく記入しておきましょう。書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

※専門用語や治療法等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

胚移植の年月日	年 月 日 (二段階胚移植の場合：2回目移植日 年 月 日)
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植
子宮内膜調整法	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> ホルモン調整周期 使用薬剤名 ()
オプション	<input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
先進医療	<input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
移植胚 <small>わかる範囲で記入しておきましょう</small>	移植個数： 個 移植ステージ：初期胚・胚盤胞・その他 () 移植グレード：
移植胚の状態	子宮内膜厚： mm 移植の難易度 { <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 移植カテーテルの挿入困難 <input type="checkbox"/> 胚移植のやり直しがあった <input type="checkbox"/> その他 () }
現在保存している凍結胚	初期胚： 個 胚盤胞： 個 その他 ()： 個 【自由記載欄】※凍結胚のグレードなどをわかる範囲で記入しておきましょう
転帰	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 非妊娠 <input type="checkbox"/> 生化学的妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 絨毛性疾患 <input type="checkbox"/> 出産 分娩日： 年 月 日(妊娠 週 日) 男児・女児 (g) 経膈分娩・帝王切開 児：異常なし・あり 母：妊娠中・分娩時の異常 なし・あり 【自由記載欄】
治療施設名	

胚移植の記録 ④

※胚移植を行った際に該当する箇所に○や☑を入れ、医師から説明された内容をできるだけ詳しく記入しておきましょう。書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

※専門用語や治療法等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

胚移植の年月日	年 月 日 (二段階胚移植の場合：2回目移植日 年 月 日)
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植
子宮内膜調整法	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> ホルモン調整周期 使用薬剤名 ()
オプション	<input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
先進医療	<input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
移植胚 <small>わかる範囲で記入しておきましょう</small>	移植個数： 個 移植ステージ：初期胚・胚盤胞・その他 () 移植グレード：
移植胚の状態	子宮内膜厚： mm 移植の難易度 { <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 移植カテーテルの挿入困難 <input type="checkbox"/> 胚移植のやり直しがあった <input type="checkbox"/> その他 () }
現在保存している凍結胚	初期胚： 個 胚盤胞： 個 その他 ()： 個 【自由記載欄】※凍結胚のグレードなどをわかる範囲で記入しておきましょう
転帰	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 非妊娠 <input type="checkbox"/> 生化学的妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 絨毛性疾患 <input type="checkbox"/> 出産 分娩日： 年 月 日(妊娠 週 日) 男児・女児 (g) 経膈分娩・帝王切開 児：異常なし・あり 母：妊娠中・分娩時の異常 なし・あり 【自由記載欄】
治療施設名	

胚移植の記録 ⑤

※胚移植を行った際に該当する箇所に○や☑を入れ、医師から説明された内容をできるだけ詳しく記入しておきましょう。書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

※専門用語や治療法等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

胚移植の年月日	年 月 日 (二段階胚移植の場合：2回目移植日 年 月 日)
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植
子宮内膜調整法	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> ホルモン調整周期 使用薬剤名 ()
オプション	<input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
先進医療	<input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
移植胚 <small>わかる範囲で記入しておきましょう</small>	移植個数： 個 移植ステージ：初期胚・胚盤胞・その他 () 移植グレード：
移植胚の状態	子宮内膜厚： mm 移植の難易度 { <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 移植カテーテルの挿入困難 <input type="checkbox"/> 胚移植のやり直しがあった <input type="checkbox"/> その他 () }
現在保存している凍結胚	初期胚： 個 胚盤胞： 個 その他 ()： 個 【自由記載欄】※凍結胚のグレードなどをわかる範囲で記入しておきましょう
転帰	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 非妊娠 <input type="checkbox"/> 生化学的妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 絨毛性疾患 <input type="checkbox"/> 出産 分娩日： 年 月 日(妊娠 週 日) 男児・女児 (g) 経膈分娩・帝王切開 児：異常なし・あり 母：妊娠中・分娩時の異常 なし・あり 【自由記載欄】
治療施設名	

胚移植の記録 ⑥

※胚移植を行った際に該当する箇所に○や☑を入れ、医師から説明された内容をできるだけ詳しく記入しておきましょう。書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

※専門用語や治療法等でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

胚移植の年月日	年 月 日 (二段階胚移植の場合：2回目移植日 年 月 日)
支払いの区分	<input type="checkbox"/> 保険(これまでの移植回数 回) <input type="checkbox"/> 自費
胚移植	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植
子宮内膜調整法	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> ホルモン調整周期 使用薬剤名 ()
オプション	<input type="checkbox"/> 胚盤胞培養 <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸培養液使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
先進医療	<input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
移植胚 <small>わかる範囲で記入しておきましょう</small>	移植個数： 個 移植ステージ：初期胚・胚盤胞・その他 () 移植グレード：
移植胚の状態	子宮内膜厚： mm 移植の難易度 { <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 移植カテーテルの挿入困難 <input type="checkbox"/> 胚移植のやり直しがあった <input type="checkbox"/> その他 () }
現在保存している凍結胚	初期胚： 個 胚盤胞： 個 その他 ()： 個 【自由記載欄】※凍結胚のグレードなどをわかる範囲で記入しておきましょう
転帰	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 非妊娠 <input type="checkbox"/> 生化学的妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 絨毛性疾患 <input type="checkbox"/> 出産 分娩日： 年 月 日(妊娠 週 日) 男児・女児 (g) 経膈分娩・帝王切開 児：異常なし・あり 母：妊娠中・分娩時の異常 なし・あり 【自由記載欄】
治療施設名	

**女性の年齢が生殖補助医療の開始日(治療計画日)において43歳未満の場合に
保険で治療を受けることができます。**

- 40歳未満は胚移植6回まで、40歳～43歳未満は胚移植3回までが保険適用です。
- 治療計画は、胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごとに作成します。
少なくとも6か月に1回以上、必要に応じて治療計画の見直しを行う必要があります。
- 治療は関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療を受けるカップル同席のうえ
治療方針について医師と十分に相談し、文書による同意が必要です。
また、同意を得た文書は診療録に添付されます。

- ※働く女性は「不妊治療連絡カード」を活用しましょう。
- ※妊娠や不妊治療についての悩みや不安がある方は、医療機関や性と健康の相談センター等に
相談しましょう。

予備欄

※検査データを貼ったり、気になったことを書き込んだりしておきましょう。

男性の健康状態・検査・治療

治療を受ける男性の健康状態等

医療機関を受診するまでに、ご自身で記入しておきましょう

身長	cm	心だんの体重	kg	結婚年齢	歳
BMI	BMI (体格指数) = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)				

●次の病気にかかったことはありますか。

あるものに○をつけ現在の治療や内服薬などがあれば記入しておきましょう。

該当に○	病名	発症や治癒の年月日			治療内容・使用薬剤	
	高血圧	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	糖尿病	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	慢性腎炎	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	肝炎	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	心臓病	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	甲状腺の病気	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	喘息	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	精神疾患 (心の病気)	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	その他病名	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	その他病名	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	その他病名	発症	年	月	日	
		治癒	年	月	日	
	風しん	罹患	年	(歳)	
	麻疹	罹患	年	(歳)	
	おたふく風邪 (流行性耳下腺炎、ムンプス)	罹患	年	(歳)	

●今までに入院 (不妊治療以外) したことがありますか。

入院期間		病名	治療	施設名
入院	年 月 日			
退院	年 月 日			
入院	年 月 日			
退院	年 月 日			
入院	年 月 日			
退院	年 月 日			

●今までに手術 (不妊治療以外) を受けたことはありますか。

手術の年月日	病名	術式
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

●今までに以下の項目で該当するものがあれば☑し、必要な内容は記入しておきましょう。

- アナフィラキシーショック
 注射や採血時の気分不良
 アレルギー (原因: _____)

●禁忌薬剤

使用できない薬剤があれば記入しておきましょう。また、薬剤を使用した時の病名もわかる範囲で記入しておきましょう。

薬剤名	症状	病名

- 栄養状態は問題ありませんか。 はい・いいえ
- 睡眠は十分にとれていますか。 はい・いいえ
- たばこを吸いますか。 はい(1日 本)・いいえ
- お酒を飲みますか。 はい(1日の量)・いいえ
- AGA治療薬を使用していますか。 はい・いいえ
- ED治療薬を使用していますか。 はい・いいえ
- ご自身の健康状態で気になることを記入しておきましょう。

男性の検査の記録

医療機関を受診して結果がでたら、ご自身で記入しておきましょう

※該当する箇所に☑を入れ、必要なところは記入をしておきましょう。
 ※書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

一般検査

検査(実施)項目	検査(実施)年月日	結果	施設名
血液型	年 月 日	ABO 型/Rh()	
風疹ウイルス抗体	年 月 日	<input type="checkbox"/> 抗体あり <input type="checkbox"/> 抗体なし 抗体価(倍)	
風疹ワクチン接種	年 月 日		
HBs抗原	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
HCV抗体	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
梅毒血清反応	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
HIV抗体	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	

memo ※その他の検査結果などを記入しておきましょう。

精液検査

検査日 施設名

年 月 日

	基準値 (WHO 2021年版)	結果
精液量	1.4mℓ	mℓ
精子濃度	16×10 ⁶ /mℓ	×10 ⁶ /mℓ
精子運動率	42%	%
直進運動精子率	30%	%
正常形態率	4%	%

検査日 施設名

年 月 日

	基準値 (WHO 2021年版)	結果
精液量	1.4mℓ	mℓ
精子濃度	16×10 ⁶ /mℓ	×10 ⁶ /mℓ
精子運動率	42%	%
直進運動精子率	30%	%
正常形態率	4%	%

検査日 施設名

年 月 日

	基準値 (WHO 2021年版)	結果
精液量	1.4mℓ	mℓ
精子濃度	16×10 ⁶ /mℓ	×10 ⁶ /mℓ
精子運動率	42%	%
直進運動精子率	30%	%
正常形態率	4%	%

検査日 施設名

年 月 日

	基準値 (WHO 2021年版)	結果
精液量	1.4mℓ	mℓ
精子濃度	16×10 ⁶ /mℓ	×10 ⁶ /mℓ
精子運動率	42%	%
直進運動精子率	30%	%
正常形態率	4%	%

検査日 施設名

年 月 日

	基準値 (WHO 2021年版)	結果
精液量	1.4mℓ	mℓ
精子濃度	16×10 ⁶ /mℓ	×10 ⁶ /mℓ
精子運動率	42%	%
直進運動精子率	30%	%
正常形態率	4%	%

検査日 施設名

年 月 日

	基準値 (WHO 2021年版)	結果
精液量	1.4mℓ	mℓ
精子濃度	16×10 ⁶ /mℓ	×10 ⁶ /mℓ
精子運動率	42%	%
直進運動精子率	30%	%
正常形態率	4%	%

ホルモン検査

検査年月日	LH (mIU/ml)	FSH (mIU/ml)	プロラクチン (ng/ml)	総テストステロン (ng/ml)	その他	施設名
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						

染色体検査

検査年月日	検査結果	施設名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 46,XY <input type="checkbox"/> それ以外 ()	

Y染色体微小欠失検査

※1人につき1回に限り保険で算定できます。

検査年月日	検査結果	備考/施設名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> AZFa欠失 <input type="checkbox"/> AZFb欠失 <input type="checkbox"/> AZFb+c欠失 <input type="checkbox"/> AZFc欠失	備考 ----- 施設名

予備欄

※検査データを貼ったり、気になったことを書き込んだりしておきましょう。

男性の治療の記録

※該当する箇所に☑を入れ、必要なところは記入をしておきましょう。

※書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

ホルモン療法

治療期間	治療内容	備考／施設名
年 月 日 ～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> CC (クエン酸クロミフェン) <input type="checkbox"/> r-FSH製剤 <input type="checkbox"/> hCG製剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	備考 ----- 施設名
年 月 日 ～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> CC (クエン酸クロミフェン) <input type="checkbox"/> r-FSH製剤 <input type="checkbox"/> hCG製剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	備考 ----- 施設名
年 月 日 ～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> CC (クエン酸クロミフェン) <input type="checkbox"/> r-FSH製剤 <input type="checkbox"/> hCG製剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	備考 ----- 施設名

精索静脈瘤

検査年月日	結果	方針	備考／施設名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤手術 (手術日 年 月 日)	備考 ----- 施設名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤手術 (手術日 年 月 日)	備考 ----- 施設名

精巣内精子回収術 (TESE)

手術年月日	術式	精子回収・凍結	備考／施設名
年 月 日	手術の方法 <input type="checkbox"/> TESE <input type="checkbox"/> マイクロTESE 手術した精巣 <input type="checkbox"/> 右精巣 <input type="checkbox"/> 左精巣	<input type="checkbox"/> 精子 (+) <input type="checkbox"/> 精子 (-) <input type="checkbox"/> 精子凍結	備考 ----- 施設名 本
年 月 日	手術の方法 <input type="checkbox"/> TESE <input type="checkbox"/> マイクロTESE 手術した精巣 <input type="checkbox"/> 右精巣 <input type="checkbox"/> 左精巣	<input type="checkbox"/> 精子 (+) <input type="checkbox"/> 精子 (-) <input type="checkbox"/> 精子凍結	備考 ----- 施設名 本
年 月 日	手術の方法 <input type="checkbox"/> TESE <input type="checkbox"/> マイクロTESE 手術した精巣 <input type="checkbox"/> 右精巣 <input type="checkbox"/> 左精巣	<input type="checkbox"/> 精子 (+) <input type="checkbox"/> 精子 (-) <input type="checkbox"/> 精子凍結	備考 ----- 施設名 本

薬剤メモ

男性不妊症に対する内分泌治療薬	商品名
CC (クエン酸クロミフェン)	錠剤 クロミッド
r-FSH製剤	ペン型注射 ゴナールエフペン
hCG製剤	注射 ゴナトロピン

予備欄

※検査データを貼ったり、気になったことを書き込んだりしておきましょう。

不育症

流産の記録

流産の経過と胎児染色体検査の結果

※医師から説明を受けた経過や処置をわかる範囲で記入をしておきましょう。

処置や検査は該当する箇所に☑を入れ、流産手術は受けた手術に○をつけましょう。

※書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

流産年月日	経過	流産処置	胎児染色体検査の結果	施設名
年 月 日	妊娠 週 胎嚢(+-) 胎児心拍(+-)	<input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 流産手術 (掻爬術・MVA)	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 46,XX・46,XY <input type="checkbox"/> それ以外()	
年 月 日	妊娠 週 胎嚢(+-) 胎児心拍(+-)	<input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 流産手術 (掻爬術・MVA)	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 46,XX・46,XY <input type="checkbox"/> それ以外()	
年 月 日	妊娠 週 胎嚢(+-) 胎児心拍(+-)	<input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 流産手術 (掻爬術・MVA)	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 46,XX・46,XY <input type="checkbox"/> それ以外()	
年 月 日	妊娠 週 胎嚢(+-) 胎児心拍(+-)	<input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 流産手術 (掻爬術・MVA)	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 46,XX・46,XY <input type="checkbox"/> それ以外()	
年 月 日	妊娠 週 胎嚢(+-) 胎児心拍(+-)	<input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 流産手術 (掻爬術・MVA)	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 46,XX・46,XY <input type="checkbox"/> それ以外()	
年 月 日	妊娠 週 胎嚢(+-) 胎児心拍(+-)	<input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 流産手術 (掻爬術・MVA)	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 46,XX・46,XY <input type="checkbox"/> それ以外()	
年 月 日	妊娠 週 胎嚢(+-) 胎児心拍(+-)	<input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 流産手術 (掻爬術・MVA)	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 46,XX・46,XY <input type="checkbox"/> それ以外()	
年 月 日	妊娠 週 胎嚢(+-) 胎児心拍(+-)	<input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 流産手術 (掻爬術・MVA)	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 46,XX・46,XY <input type="checkbox"/> それ以外()	

不育症検査の記録

※該当する箇所に☑を入れ、必要なところは記入をしておきましょう。

※書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

※不育症の検査や治療でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

子宮形態検査

検査年月日	検査法	結果	施設名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 経腔3D超音波検査 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 中隔子宮 <input type="checkbox"/> その他()	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 経腔3D超音波検査 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 中隔子宮 <input type="checkbox"/> その他()	

内分泌検査(甲状腺等)

検査項目/施設名	検査年月日/結果		施設名
甲状腺刺激ホルモン(TSH)	年 月 日	年 月 日	
	結果	結果	
甲状腺ホルモン (fT4(遊離サイロキシン))	年 月 日	年 月 日	
	結果	結果	
抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (抗TPO抗体)	年 月 日	年 月 日	
	結果	結果	
抗サイログロブリン抗体 (抗Tg抗体)	年 月 日	年 月 日	
	結果	結果	
	年 月 日	年 月 日	
	結果	結果	
	年 月 日	年 月 日	
	結果	結果	

抗リン脂質抗体検査

検査項目	検査年月日／結果		施設名
ループスアンチコアグulant	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
抗カルジオリピン抗体IgG	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
抗カルジオリピン抗体IgM	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
抗β2GPI抗体IgG	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
抗β2GPI抗体IgM	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
	年 月 日 結果	年 月 日 結果	

memo ※その他の検査結果などを記入しておきましょう。

血栓症素因検査・自己抗体検査

検査項目	検査年月日／結果		施設名
プロテインS	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
第Ⅶ因子凝固活性	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
	年 月 日 結果	年 月 日 結果	
	年 月 日 結果	年 月 日 結果	

夫婦染色体検査 (Gバンド)

	検査年月日	検査結果	施設名
女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 46,XX <input type="checkbox"/> それ以外 ()	
男性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 46,XY <input type="checkbox"/> それ以外 ()	

memo ※その他の検査結果などを記入しておきましょう。

不育症治療の記録

※受けた治療に○をつけ、該当項目には☑を入れて治療や使用した薬剤などがあれば記入をしておきましょう。

※書き方がわからない場合は医療機関の方に尋ねましょう。

※不育症の検査や治療でわからない内容があれば「患者さんのための生殖医療ガイドライン」(P.3)をご活用ください。

該当に○	治療	治療内容	施設名
	子宮形態異常に関する手術	<input type="checkbox"/> 中隔切除術 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	抗リン脂質抗体症候群に対する治療	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> 未分画ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> 併用療法 (低用量アスピリンと未分画ヘパリン)	
	抗リン脂質抗体症候群以外の不育症に対する治療	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> 未分画ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> 併用療法 (低用量アスピリンと未分画ヘパリン)	
	着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A)	採卵 年 月 (歳) <input type="checkbox"/> PGT-A実施回数 個 <input type="checkbox"/> 移植適 (A: 正倍数体) 個 <input type="checkbox"/> 移植準適 (B: モザイク) 個 <input type="checkbox"/> 移植不適 (C: 異数体) 個	
		採卵 年 月 (歳) <input type="checkbox"/> PGT-A実施回数 個 <input type="checkbox"/> 移植適 (A: 正倍数体) 個 <input type="checkbox"/> 移植準適 (B: モザイク) 個 <input type="checkbox"/> 移植不適 (C: 異数体) 個	
		採卵 年 月 (歳) <input type="checkbox"/> PGT-A実施回数 個 <input type="checkbox"/> 移植適 (A: 正倍数体) 個 <input type="checkbox"/> 移植準適 (B: モザイク) 個 <input type="checkbox"/> 移植不適 (C: 異数体) 個	

memo ※その他の治療内容などを記入しておきましょう。

研究者一覧

研究代表者

苛原 稔 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

研究分担者

高橋 俊文 福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター
福原慎一郎 大阪大学大学院医学系研究科 器官制御外科学講座（泌尿器科学）
村上貴美子 蔵本ウイメンズクリニック
大須賀 穰 東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座
森岡 久尚 徳島大学大学院医歯薬学研究部 公衆衛生学分野
岩佐 武 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

研究協力者

廣田 泰 東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座
赤枝 俊 東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座

研究協力施設

神谷レディースクリニック
HORACグランフロント大阪クリニック
大阪大学医学部附属病院
ミオ・ファティリティ・クリニック
アイブイエフ詠田クリニック
蔵本ウイメンズクリニック
医療法人聖命愛会 ART女性クリニック

不妊治療におけるカップルの検査や治療の記録

CONCEPTION NOTE

——— コンセプションノート ———

作成／発行 ● 令和5年度 こども家庭科学研究費補助金（旧 厚生労働科学研究費）
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
課題番号 21DA1003
「標準的な生殖医療の知識啓発と情報提供のためのシステム構築に関する研究」
— 患者記録形式の検討 —

研究代表者 ● 苛原 稔

発行日 ● 令和6年3月31日

連絡先 ● 〒770-8503 徳島県徳島市蔵本町3丁目18-15
国立大学法人徳島大学 苛原 稔
TEL：088-633-7177

