

[【メニューに戻る】](#)

# ART / 2007年個別調査票(治療から妊娠まで)

UMIN ID:hidesaitou-endo / 施設名:国立成育医療センター / Authority:Administrator




この色の項目は、空欄では登録が完了しません。[必須入力]

2007 年データ	130069 国立成育医療センター
-----------	-------------------

患者識別No.(必須)	<p>※ 貴施設の患者認識番号の末尾に、特定不妊治療費助成制度を利用された自治体の都道府県名と市名を入力してください。 例 11111北海道札幌市、22222北海道旭川市</p> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
治療周期開始時の満年齢(必須)	<input style="width: 30px;" type="text"/> 歳
適応(必須)	<input type="checkbox"/> 1卵管因子 <input type="checkbox"/> 2子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 3抗精子抗体陽性 <input type="checkbox"/> 4男性因子 <input type="checkbox"/> 5原因不明 <input type="checkbox"/> 6その他 <input style="width: 80px;" type="text"/>
卵巣刺激法 <input type="button" value="clear"/>	<input type="radio"/> 1自然 <input type="radio"/> 2CC <input type="radio"/> 3 CC + hMG or FSH <input type="radio"/> 4 hMG or FSH <input type="radio"/> 5 GnRHagonist + hMG or FSH <input type="radio"/> 6 GnRHantagonist + hMG or FSH <input type="radio"/> 7その他 <input style="width: 150px;" type="text"/>
採卵法(必須)	<input type="radio"/> 1採卵に至らず <input type="radio"/> 2経膈超音波 <input type="radio"/> 3腹腔鏡 <input type="radio"/> 4凍結保存胚・卵の融解 <input type="radio"/> 5その他 <input style="width: 150px;" type="text"/>
治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類(必須)	<input type="radio"/> 1新鮮卵・胚 <input type="radio"/> 2凍結胚 <input type="radio"/> 3凍結卵