

# PGT-A/SR遺伝カウンセリング問診票

記入者氏名：

記入日： 年 月 日

## ●ご夫婦の経過について教えてください。

ご結婚 西暦 年

妊娠歴 妊娠回数( )回、出産回数( )回  
流産回数( )回、妊娠中絶( )回

不妊治療開始時期 西暦 年 月

タイミング法 あり・なし

人工授精 あり( )回・なし

体外受精 あり・なし

### 体外受精の詳細について

採卵回数( )回

1回の採卵あたりの平均採卵数( )個

1回の採卵あたりの胚盤胞獲得数( )個

胚移植回数( )回

## ●これまで実施した検査について教えてください。

・流産絨毛染色体検査<sup>注1)</sup> → (実施・未実施) ★

結果( )

・夫婦の染色体検査→(実施・未実施) ★

夫 結果( )

妻 結果( )

・その他、不育症の検査での指摘→(あり・なし)

結果( )

## ●PGT-A/SRの結果について教えてください。

A判定胚( )個、B判定胚( )個、C判定胚( )個、D判定胚( )個

## ●現在、凍結保存している受精卵の数( )個

PGT-A/SR実施胚( )個、PGT-A/SR未実施胚( )個

★ 流産絨毛染色体検査、ご夫婦の染色体検査を実施されている場合は、  
結果のコピーを同封してください。

注1) 流産絨毛染色体検査：流産した胎児の絨毛組織を使い、染色体異常の有無を調べる検査です。

●ご結婚されてから現在に至るまでの妊娠歴・治療歴について教えてください。

年月日	妊娠の種類について 該当する箇所に□をつけてください。	その後の経過について該当する箇所に □をつけてください。
年 月 曜	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">[</span> <input type="checkbox"/>PGT実施胚  <input type="checkbox"/>PGT未実施胚         </div>	<input type="checkbox"/> 着床しなかった <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産(週頃) <input type="checkbox"/> 出産(経腔分娩・帝王切開) <input type="checkbox"/> その他( )
年 月 曜	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">[</span> <input type="checkbox"/>PGT実施胚  <input type="checkbox"/>PGT未実施胚         </div>	<input type="checkbox"/> 着床しなかった <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産(週頃) <input type="checkbox"/> 出産(経腔分娩・帝王切開) <input type="checkbox"/> その他( )
年 月 曜	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">[</span> <input type="checkbox"/>PGT実施胚  <input type="checkbox"/>PGT未実施胚         </div>	<input type="checkbox"/> 着床しなかった <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産(週頃) <input type="checkbox"/> 出産(経腔分娩・帝王切開) <input type="checkbox"/> その他( )
年 月 曜	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">[</span> <input type="checkbox"/>PGT実施胚  <input type="checkbox"/>PGT未実施胚         </div>	<input type="checkbox"/> 着床しなかった <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産(週頃) <input type="checkbox"/> 出産(経腔分娩・帝王切開) <input type="checkbox"/> その他( )
年 月 曜	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">[</span> <input type="checkbox"/>PGT実施胚  <input type="checkbox"/>PGT未実施胚         </div>	<input type="checkbox"/> 着床しなかった <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産(週頃) <input type="checkbox"/> 出産(経腔分娩・帝王切開) <input type="checkbox"/> その他( )
年 月 曜	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">[</span> <input type="checkbox"/>PGT実施胚  <input type="checkbox"/>PGT未実施胚         </div>	<input type="checkbox"/> 着床しなかった <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産(週頃) <input type="checkbox"/> 出産(経腔分娩・帝王切開) <input type="checkbox"/> その他( )

\* 記入欄が足りない場合は両面印刷もしくは複数枚印刷してご記入をお願いいたします。

\* ご質問は以上になります。ご記入いただきありがとうございました。