

ART / 2026年個別調査票 (治療から妊娠まで)

メニュー画面へ戻る

この色の項目は、空欄では登録が完了しません。【必須入力】

症例入力についてよく生じる疑問への回答については以下のサイトの症例報告Q&Aのタブの中に記載されています。
[登録・調査小委員会\(https://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/\)](https://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/)

2026年データ

1	症例管理No. (必須)	※施設の症例管理No.のみ入力してください <input type="text"/>
2'	実施費用の区分	2026年登録から入力必須です ※採卵、体外受精、胚移植の一連の実施の一部もしくは全てを保険診療で実施した場合は保険診療を選択してください。 一連の実施の全てを自由診療で実施した場合は自由診療を選択してください。 <input type="radio"/> 1保険診療 <input type="radio"/> 2自由診療 <input type="button" value="clear"/>
3	治療周期開始時の妻の満年齢 (必須)	<input type="text"/> 歳
4	治療周期開始時の夫の満年齢 (必須)	<input type="text"/> 歳 <input type="checkbox"/> 不明
5	治療周期開始時の妻の身長、体重 (必須)	(整数または小数点第1位まで) 身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> 両方不明
6	治療周期開始時の妻の妊娠・分娩歴 (必須)	妊娠 <input type="text"/> 回 分娩 <input type="text"/> 回 <input type="checkbox"/> 両方不明
7	治療周期開始時の妻の流産歴 (化学流産は除く)	2026年登録からご入力をお願いします <input type="text"/> 回 (整数)
8	治療周期開始時のAntral Follicle Count (両側合計、採卵周期のみ)	2026年登録からご入力をお願いします <input type="text"/> 個 (整数)
9	直近1年以内のAMH値	2026年登録からご入力をお願いします <input type="text"/> ng/mL (小数点以下第1位まで)
10	適応 (必須)	<複数選択可> <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 type="text"/>) <input type="checkbox"/> 7医学的適応 (がん) <input type="checkbox"/> 8医学的適応 (がん以外) <input type="checkbox"/> 9排卵障害・PCOS <input type="checkbox"/> 10卵巣予備能低下 <input type="checkbox"/> 11高齢
11	周期管理にもちいた薬剤	2026年登録から入力必須です ※卵胞期 (融解胚移植同期ではそれに相当する時期) に使用した薬剤 (ただし「12.卵子成熟誘起法」の選択薬剤を除く) を選択してください。 <複数選択可> <input type="checkbox"/> 1自然 <input type="checkbox"/> 2クロミフェン <input type="checkbox"/> 3レトロソール <input type="checkbox"/> 4ゴナドトロピン製剤(FSH/hMG) <input type="checkbox"/> 5GnRHアンタゴニスト <input type="checkbox"/> 6GnRHアゴニスト <input type="checkbox"/> 7卵胞ホルモン <input type="checkbox"/> 8黄体ホルモン <input type="checkbox"/> 9その他 (<input type="text"/>)
12	卵巣成熟誘起法	<複数選択可> <input type="checkbox"/> 1hCG <input type="checkbox"/> 2GnRHアゴニスト <input type="checkbox"/> 3なし
13	治療日 (採卵または移植日) (必須)	2026年登録から入力必須です 西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
14	移植回数 (分娩した場合はリセット)	2026年登録からご入力をお願いします 当該施設移植回数 <input type="text"/> 回 (整数) 保険通算移植回数 <input type="text"/> 回 (整数)
15	採卵法 (必須)	<input type="radio"/> 1採卵 (融解) に至らず <input type="radio"/> 2超音波ガイド下 <input type="radio"/> 3腹腔鏡下 <input type="radio"/> 4凍結保存胚・卵の融解 <input type="radio"/> 5その他 (<input type="text"/>)
16	採卵後のPGTの実施予定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「あり」の場合は以下選択してください。 <input type="button" value="clear"/> <複数選択可> <input type="checkbox"/> 1PGT-A (反復着床不成功) <input type="checkbox"/> 2PGT-A (反復流産) <input type="checkbox"/> 3PGT-A (高齢女性) <input type="checkbox"/> 4PGT-SR <input type="checkbox"/> 5PGT-M
17	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融解胚 <input type="radio"/> 3融解未受精卵子 ※ [2 融解胚] [3 融解未受精卵子] を選択したときは下記の入力をお願いします。 ※登録年により入力箇所が異なりますのでご注意ください。 2025年登録まで 採卵時の症例登録番号 (<input type="text"/>) ※採卵時の症例登録番号が不明あるいは存在しない場合は、「U0000000」と入力してください。 2026年登録から 採卵日 (移植した場合) 西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
18	行った、あるいは行おうとした治療方法 (必須) (凍結融解胚移植では移植胚の受精方法を選択)	※登録年により入力箇所が異なりますのでご注意ください。 2025年登録まで <input type="radio"/> 1IVF <input type="radio"/> 2顕微授精 <input type="radio"/> 3IVF+顕微授精 <input type="radio"/> 4未受精卵子凍結 (受精させない周期) <input type="radio"/> 5凍結胚 (凍結卵) を融解する周期 <input type="radio"/> 6その他 (<input type="text"/>) <input type="button" value="clear"/> 2026年登録から ※凍結融解胚移植では移植胚の受精方法を選択 <input type="radio"/> 1IVF <input type="radio"/> 2顕微授精 <input type="radio"/> 3IVF+顕微授精 <input type="radio"/> 4未受精卵子凍結 (受精させない周期) <input type="radio"/> 5その他 (<input type="text"/>) <input type="button" value="clear"/>
19	精子回収法	上記「行った、あるいは行おうとした治療方法」項目で「1」「2」「3」を選択した場合、 2026年登録では必須となります <複数選択可> <input type="checkbox"/> 1射出精子 <input type="checkbox"/> 2Testicular sperm extraction (TESE) <input type="checkbox"/> 3その他 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 4凍結精子 ※【精子回収法】で「1 射出精子」を選択した場合のみ入力してください。

20	精液所見	精子濃度 <input type="text"/> ×10 ⁶ /ml (小数点以下第2位まで) 運動精子率 <input type="text"/> % (整数)
以下の3項目は、【治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類】で【1 新鮮卵・胚】を選択した場合に入力が必要です		
21	採卵数	<input type="text"/> (整数)
22	成熟卵数 (ICSIした場合はICSI実施数)	2026年登録からご入力をお願いします <input type="text"/> (整数)
23	受精胚数	<input type="text"/> (整数)
以下の1項目は、【治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類】で【2 融解胚】を選択した場合に入力が必要です		
24	融解胚数	<input type="text"/> (整数)
以下の2項目は、【治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類】で【3 融解未受精卵子】を選択した場合に入力が必要です		
25	融解卵数	<input type="text"/> (整数)
26	受精胚数	<input type="text"/> (整数)
以下の7項目は、【治療に用いた、あるいは用いようとした卵・胚の種類】で【1 新鮮卵・胚】【2 融解胚】【3 融解未受精卵子】を選択した場合に入力が必要です ただし、【胚移植時の発育段階】で【4 ETキャンセル】を選択した場合は【凍結胚・卵数】【副作用の有無】のみ入力してください		
27	二段階胚移植の有無	2026年登録からご入力をお願いします <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/>
28	胚移植時の発育段階	<複数選択可> <input type="checkbox"/> 1卵 (未受精) <input type="checkbox"/> 2初期胚 <input type="checkbox"/> 3胚 <input type="checkbox"/> 4ETキャンセル <input type="checkbox"/> 5その他 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 6糞実胚
29	移植胚・卵数	<input type="text"/> (整数) 移植した胚の胚質 <複数選択可> 2026年登録からご入力をお願いします <input type="checkbox"/> 1Good <input type="checkbox"/> 2Fair <input type="checkbox"/> 3Poor 移植胚にPGT実施済の胚が含まれる場合はPGTの種類に応じて以下選択してください。 移植胚へのPGT実施 <複数選択可> ※登録年により入力箇所が異なりますのでご注意ください 2025年登録まで <input type="checkbox"/> 1PGT-A <input type="checkbox"/> 2PGT-SR <input type="checkbox"/> 3PGT-M 2026年登録から <input type="checkbox"/> 1PGT-A (反復着床不成功) <input type="checkbox"/> 2PGT-A (反復流産) <input type="checkbox"/> 3PGT-A (高齢女性) <input type="checkbox"/> 4PGT-SR <input type="checkbox"/> 5PGT-M PGT-A・SR実施の場合の移植胚の分類 2026年登録からご入力をお願いします <input type="radio"/> 1A胚 <input type="radio"/> 2B胚 <input type="radio"/> 3C胚 <input type="radio"/> 4D胚 <input type="button" value="clear"/>
30	凍結胚・卵数	<input type="text"/> (整数) 凍結胚にPGT実施 (生検を実施済もしくは予定) の胚が含まれる場合はPGTの種類に応じて以下選択してください。 胚凍結時の胚齢 (採卵周期のみ) 2026年登録からご入力をお願いします <複数選択可> <input type="checkbox"/> 1卵 (未受精) <input type="checkbox"/> 2前核胚 <input type="checkbox"/> 3初期胚 <input type="checkbox"/> 4糞実胚 <input type="checkbox"/> 5胚 凍結胚へのPGT実施 <複数選択可> ※登録年により入力箇所が異なりますのでご注意ください 2025年登録まで <input type="checkbox"/> 1PGT-A <input type="checkbox"/> 2PGT-SR <input type="checkbox"/> 3PGT-M 2026年登録から <input type="checkbox"/> 1PGT-A (反復着床不成功) <input type="checkbox"/> 2PGT-A (反復流産) <input type="checkbox"/> 3PGT-A (高齢女性) <input type="checkbox"/> 4PGT-SR <input type="checkbox"/> 5PGT-M
31	黄体期管理	<複数選択可> <input type="checkbox"/> 1なし <input type="checkbox"/> 2黄体ホルモン <input type="checkbox"/> 3hCG <input type="checkbox"/> 4卵胞ホルモン <input type="checkbox"/> 5その他 (<input type="text"/>)
32	副作用の有無	<複数選択可> <input type="checkbox"/> 1なし <input type="checkbox"/> 2出血 <input type="checkbox"/> 3感染 <input type="checkbox"/> 4OHSS (2度以上) <input type="checkbox"/> 5その他 (<input type="text"/>)
33	妊娠の有無	<input type="radio"/> 1なし <input type="radio"/> 2臨床妊娠 (GS(+)以上) ※登録年により入力箇所が異なりますのでご注意ください 2025年登録まで 移植日 西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 2026年登録から 分娩予定日 西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ※【2 臨床妊娠】を選択した場合は、登録完了画面から個別調査票『妊娠から出産後まで』の入力画面に進んでください。 <input type="radio"/> 3妊娠保留 ※まだ妊娠の判定が未確認の場合に選択してください。妊娠の有無が判定後【1 なし】or【2 臨床妊娠】を選択し直してください。 <input type="button" value="clear"/>
34	登録除外	登録年の間違いなど何らかの入力の間違いのために登録対象から除外する場合にはこちらを選択してください。 <input type="checkbox"/> このページの内容を登録対象から除外

次へ進む

この色の項目は、空欄では登録が完了しません。【必須入力】

症例入力についてよく生じる疑問への回答については以下のサイトの症例報告Q&Aのタブの中に記載されています。
[登録・調査小委員会\(https://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/\)](https://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/)

2026年データ

患者識別No.	
治療周期開始時の満年齢	歳
妊娠の有無	●2 臨床妊娠 (GS(+))以上 (移植日 :)
35 GSの数 (必須)	●1あり <input type="text"/> (整数) ○2不明
36 確認された胎児数 (必須)	●1あり <input type="text"/> (整数) ○2不明
37 妊娠の転帰 (必須)	<複数選択可> <input type="checkbox"/> 1流産 (22週未満【化学流産は除く】) <input type="checkbox"/> 2異所性妊娠 <input type="checkbox"/> 3真正所同時妊娠 (内外同時妊娠) <input type="checkbox"/> 4人工妊娠中絶 (理由: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 5生産 <input type="checkbox"/> 6死産 <input type="checkbox"/> 7減胎手術 (<input type="text"/> 個から <input type="text"/> 個に減数) (整数) <input type="checkbox"/> 8不明 <input type="checkbox"/> 9胎状奇胎
※以下の【出産児数】【分娩様式】【産科合併症】の入力は、【妊娠の転帰】で【5 生産】【6 死産】を選択した場合入力が必要です。	
38 出産児数	○1あり <input type="text"/> 人 (整数) (出産日 : 西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>) ○2不明 <input type="button" value="clear"/>
39 分娩様式	○1経膈 ○2帯切 ○3経膈と帯切 (多胎の場合) ○4不明 <input type="button" value="clear"/>
40 産科合併症	<複数選択可> <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 (HELLP症候群、子癇を含む) <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎児発育不全 <input type="checkbox"/> 前置胎盤・低置胎盤 <input type="checkbox"/> 癒着胎盤 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)

41. 児の所見 (注 : 出産児数に相当する数の児の所見を記入してください)									
	性別	出生児の在胎週数	出生時の体重	児の状況			生後、児の予後		
				生産死産	一卵性多胎	先天異常	7日未満	28日未満	死亡年月日
1 <input type="button" value="clear"/>	○1男 ○2女 ○3不明	○1 <input type="text"/> 週 ○2不明	○1 <input type="text"/> g ○2不明	○1生産 ○2死産 ○3不明	○1Yes ○2No ○3不明	○1あり ○2なし ○3不明	○1生存 ○2死亡 ○3不明	○1生存 ○2死亡 ○3不明	西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
2 <input type="button" value="clear"/>	○1男 ○2女 ○3不明	○1 <input type="text"/> 週 ○2不明	○1 <input type="text"/> g ○2不明	○1生産 ○2死産 ○3不明	○1Yes ○2No ○3不明	○1あり ○2なし ○3不明	○1生存 ○2死亡 ○3不明	○1生存 ○2死亡 ○3不明	西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
3 <input type="button" value="clear"/>	○1男 ○2女 ○3不明	○1 <input type="text"/> 週 ○2不明	○1 <input type="text"/> g ○2不明	○1生産 ○2死産 ○3不明	○1Yes ○2No ○3不明	○1あり ○2なし ○3不明	○1生存 ○2死亡 ○3不明	○1生存 ○2死亡 ○3不明	西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
4 <input type="button" value="clear"/>	○1男 ○2女 ○3不明	○1 <input type="text"/> 週 ○2不明	○1 <input type="text"/> g ○2不明	○1生産 ○2死産 ○3不明	○1Yes ○2No ○3不明	○1あり ○2なし ○3不明	○1生存 ○2死亡 ○3不明	○1生存 ○2死亡 ○3不明	西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

※先天異常で「あり」を選択した場合は下記の表から該当するものを選択する（複数選択可）。
 複数の児に先天異常がある場合は合わせて全て選択してください。

1. 脳・神経	<input type="checkbox"/> 無脳症 <input type="checkbox"/> 脳瘤 <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> 先天性水頭症 <input type="checkbox"/> 脳梁の先天奇形 <input type="checkbox"/> 全前脳(胎)症 <input type="checkbox"/> 先天性脳嚢胞 <input type="checkbox"/> 二分脊椎 <input type="checkbox"/> アーノルド・キアリ症候群 <input type="checkbox"/> 神経系のその他の先天奇形
2. 眼、耳、顔面及び頸部	<input type="checkbox"/> 先天(性)眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 無眼球症 <input type="checkbox"/> 小眼球症 <input type="checkbox"/> 先天性白内障 <input type="checkbox"/> 先天性耳介欠損 <input type="checkbox"/> 外耳道の先天(性)欠損、閉鎖及び狭窄 <input type="checkbox"/> 副耳(介) <input type="checkbox"/> 小耳症 <input type="checkbox"/> 先天性耳瘻孔と先天性嚢胞 <input type="checkbox"/> 眼、耳、顔面及び頸部のその他の先天奇形
3. 心臓・循環器	<input type="checkbox"/> 総動脈幹症 <input type="checkbox"/> 両大血管右室起始症 <input type="checkbox"/> 完全大血管転位症 <input type="checkbox"/> 単心室症 <input type="checkbox"/> 心室中隔欠損症 <input type="checkbox"/> 心房中隔欠損症 <input type="checkbox"/> 房室中隔欠損症 <input type="checkbox"/> ファロー四徴症 <input type="checkbox"/> 肺動脈弁閉鎖症 <input type="checkbox"/> 肺動脈弁狭窄症 <input type="checkbox"/> 肺動脈弁閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> 三尖弁狭窄症 <input type="checkbox"/> エプスタイン奇形 <input type="checkbox"/> 右心低形成症候群 <input type="checkbox"/> 大動脈弁狭窄症 <input type="checkbox"/> 大動脈弁閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> 僧帽弁狭窄症 <input type="checkbox"/> 僧帽弁閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> 左心低形成症候群 <input type="checkbox"/> 右胸心 <input type="checkbox"/> 先天性心ブロック <input type="checkbox"/> 動脈管開存症 <input type="checkbox"/> 大動脈縮窄症 <input type="checkbox"/> 大動脈弁閉鎖症 <input type="checkbox"/> 肺動脈閉鎖症 <input type="checkbox"/> 肺動脈狭窄症 <input type="checkbox"/> 左上大静脈遺残 <input type="checkbox"/> 総肺静脈還流異常症 <input type="checkbox"/> 部分肺静脈還流異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管の動脈奇形 <input type="checkbox"/> 脳実質外血管の動脈奇形 <input type="checkbox"/> 循環器系のその他の先天奇形
4. 呼吸器	<input type="checkbox"/> 鼻の先天奇形 <input type="checkbox"/> 喉頭の先天奇形 <input type="checkbox"/> 先天性嚢胞肺 <input type="checkbox"/> 肺分画症 <input type="checkbox"/> 呼吸器系のその他の先天奇形
5. 口唇・口蓋	<input type="checkbox"/> 口蓋裂 <input type="checkbox"/> 口蓋裂(一側性) <input type="checkbox"/> 口蓋裂(両側性) <input type="checkbox"/> 口蓋裂(正中部) <input type="checkbox"/> 口唇口蓋裂(一側性) <input type="checkbox"/> 口唇口蓋裂(両側性) <input type="checkbox"/> 口唇口蓋裂(正中部)

6.消化器 (口腔、食道、胃腸、肛門、痔瘻)	<input type="checkbox"/> 舌小帯短縮症 <input type="checkbox"/> 巨(大)舌症 <input type="checkbox"/> 食道閉鎖 (瘻あり) <input type="checkbox"/> 食道閉鎖 (瘻なし) <input type="checkbox"/> 先天性肥厚性幽門狭窄 <input type="checkbox"/> 先天性食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 十二指腸の先天欠損、閉鎖及び狭窄 <input type="checkbox"/> 小腸の先天欠損、閉鎖及び狭窄 (空腸) <input type="checkbox"/> 小腸の先天欠損、閉鎖及び狭窄 (回腸) <input type="checkbox"/> 肛門の先天欠損、閉鎖及び狭窄、瘻を伴うもの (瘻あり) <input type="checkbox"/> 肛門の先天欠損、閉鎖及び狭窄、瘻を伴うもの (瘻なし) <input type="checkbox"/> メッケル憩室 <input type="checkbox"/> ヒルシュスプリング病 <input type="checkbox"/> 腸回転異常及び総腸間膜症 <input type="checkbox"/> 重複腸(管) <input type="checkbox"/> 総排泄腔遺残 <input type="checkbox"/> 輪状痔 <input type="checkbox"/> 先天性瘻嚢胞 <input type="checkbox"/> 消化器系のその他の先天奇形
7.生殖器	<input type="checkbox"/> 先天性卵巣嚢胞 <input type="checkbox"/> 先天性直腸腔瘻 <input type="checkbox"/> 女性性器のその他の先天奇形 <input type="checkbox"/> 停留睾丸(一側性) <input type="checkbox"/> 停留睾丸(両側性) <input type="checkbox"/> 尿道下裂 <input type="checkbox"/> 男性生殖器のその他の先天奇形 <input type="checkbox"/> 性不確定
8.腎尿路	<input type="checkbox"/> 腎無発生 <input type="checkbox"/> 腎低形成 <input type="checkbox"/> ポッター-症候群 <input type="checkbox"/> 先天性単一腎嚢胞 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> 腎異形成 <input type="checkbox"/> 先天性水腎症 <input type="checkbox"/> 分葉腎、融合腎及び馬蹄腎 <input type="checkbox"/> 先天性巨大尿管(症) <input type="checkbox"/> 重複尿管 <input type="checkbox"/> 膀胱外反(症) <input type="checkbox"/> 尿道上裂 <input type="checkbox"/> 先天性後部尿道弁 <input type="checkbox"/> 腎尿路系のその他の先天奇形
9.筋骨格・横隔膜・四肢	<input type="checkbox"/> 頭蓋骨(早期)癒合症 <input type="checkbox"/> 骨系統疾患、長管骨及び脊椎の成長障害を伴うもの <input type="checkbox"/> 先天性股関節脱臼 <input type="checkbox"/> 内反足 <input type="checkbox"/> 多指症 <input type="checkbox"/> 多趾症 <input type="checkbox"/> 合指<趾>症 <input type="checkbox"/> 多合指<趾>症 <input type="checkbox"/> 先天性横隔膜ヘルニア <input type="checkbox"/> 膈疝ヘルニア <input type="checkbox"/> 腹壁破裂 <input type="checkbox"/> プルンベリー-症候群 <input type="checkbox"/> 筋骨格系のその他の先天奇形
10.皮膚	<input type="checkbox"/> 結節性硬化症 <input type="checkbox"/> 神経線維腫症(非悪性) <input type="checkbox"/> 皮膚のその他の先天奇形
11.その他	<input type="checkbox"/> マルファン症候群 <input type="checkbox"/> 内臓逆位 <input type="checkbox"/> 結合双体 <input type="checkbox"/> 多系統に及ぶ先天奇形症候群 <input type="checkbox"/> タウン症候群 <input type="checkbox"/> 18トリソミー <input type="checkbox"/> 13トリソミー <input type="checkbox"/> ターナー症候群 <input type="checkbox"/> クラインフェルター症候群 <input type="checkbox"/> その他の異常

ハッシュ値1	<input type="text"/>
ハッシュ値2	<input type="text"/>
ハッシュ値3	<input type="text"/>

次へ進む