

登録番号 施設名 ***** 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) _____ 記入者氏名(自署) _____
記入日(西暦) 年 月 日 記入日(西暦) 年 月 日

手術日 西暦 年 月 日

シヤント術開始時の頸管長 mm

<鎮静・麻酔>

- 鎮静 なし あり → (薬剤名、投与方法、使用量)
- 局所麻酔 なし あり → (薬剤名、使用量)
- 脊椎麻酔 なし あり → (薬剤名、使用量)
- 硬膜外麻酔 なし あり → (薬剤名、使用量)
- その他 なし あり → (薬剤名、投与方法、使用量)

<シヤント術>

- 右 シヤント挿入適応 適応なし 適応あり
- シヤント術完遂 未施行 完了 中断 → (中断理由: _____)
- 使用チューブ レギュラー 胸水用 胸水用ショート
- | | | | |
|-----|-----------------------|-------------|--|
| | シヤント挿入開始時間* | シヤント挿入終了時間* | シヤント留置成否: |
| 1回目 | 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 | 午前・午後 時 分 | <input type="checkbox"/> 留置 <input type="checkbox"/> 留置できず |
| 2回目 | 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 | 午前・午後 時 分 | <input type="checkbox"/> 留置 <input type="checkbox"/> 留置できず |
| 3回目 | 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 | 午前・午後 時 分 | <input type="checkbox"/> 留置 <input type="checkbox"/> 留置できず |
- ドレナージ流の有無 なし あり

※ 開始時間=エラストー注入穿刺操作を開始した時間
 終了時間=エラストー注入穿刺針を抜去した時間

- 左 シヤント挿入適応 適応なし 適応あり
- シヤント術完遂 未施行 完了 中断 → (中断理由: _____)
- 使用チューブ レギュラー 胸水用 胸水用ショート
- | | | | |
|-----|-----------------------|-------------|--|
| | シヤント挿入開始時間* | シヤント挿入終了時間* | シヤント留置成否: |
| 1回目 | 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 | 午前・午後 時 分 | <input type="checkbox"/> 留置 <input type="checkbox"/> 留置できず |
| 2回目 | 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 | 午前・午後 時 分 | <input type="checkbox"/> 留置 <input type="checkbox"/> 留置できず |
| 3回目 | 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 | 午前・午後 時 分 | <input type="checkbox"/> 留置 <input type="checkbox"/> 留置できず |
- ドレナージ流の有無 なし あり

<シヤント術後>

- 抗生剤投与 なし あり → 内服 点滴
(薬剤名、投与方法、使用量)
- 塩酸リドリン投与 なし あり → 内服 点滴
- その他の薬剤投与 なし あり → (薬剤名、投与方法、使用量)
- その他の処置・治療 なし あり → (詳細 _____)

母術後初回退院日 西暦 年 月 日

コメント

DC 配 入 欄	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm1()
	query1()	receive2()	check3()	input3()	confirm2()	fix()
	()	()	()	()	()	()

memo

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日
 記入者氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日

手術日 西暦 20 年 月 日

シヤント術開始時の頸管長 mm

<鎮静・麻酔>

- 鎮静 なし あり → (薬剤名、投与方法、使用量))
 局所麻酔 なし あり → (薬剤名、使用量))
 脊椎麻酔 なし あり → (薬剤名、使用量))
 硬膜外麻酔 なし あり → (薬剤名、使用量))
 その他 なし あり → (薬剤名、投与方法、使用量))

<シヤント術>

- 右 シヤント挿入適応 適応なし 適応あり
 シヤント術完遂 未施行 完了 中断 → (中断理由:))
 使用チューブ レギュラー 胸水用 胸水用ショート
 シヤント挿入開始時間* シヤント挿入終了時間* シヤント留置成否:
 1回目 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 留置 留置できず
 2回目 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 留置 留置できず
 3回目 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 留置 留置できず
 ドレナージ流の有無 なし あり

※ 開始時間=エラスター注入穿刺操作を開始した時間
 終了時間=エラスター注入穿刺針を抜去した時間

- 左 シヤント挿入適応 適応なし 適応あり
 シヤント術完遂 未施行 完了 中断 → (中断理由:))
 使用チューブ レギュラー 胸水用 胸水用ショート
 シヤント挿入開始時間* シヤント挿入終了時間* シヤント留置成否:
 1回目 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 留置 留置できず
 2回目 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 留置 留置できず
 3回目 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 留置 留置できず
 ドレナージ流の有無 なし あり

<シヤント術後>

- 抗生剤投与 なし あり → 内服 点滴 (薬剤名、投与方法、使用量))
 塩酸リドリン投与 なし あり → 内服 点滴
 その他の薬剤投与 なし あり → (薬剤名、投与方法、使用量))
 その他の処置・治療 なし あり → (詳細))

母術後初回退院日 西暦 20 年 月 日

コメント

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () memo

NCCHD0102 有害事象(1回目シャント術中～術当日) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日
 記入者氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日

◆ 症状がない場合は、0と記入してください ◆ 術中から術後当日中の最悪gradeを記載してください

	1	2	3	4	最悪 grade
疼痛 (穿刺部、下腹部)	機能障害のない軽度の疼痛	中等度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用による機能障害はあるが、日常生活には支障がない	高度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用により日常生活に重大な支障あり	活動不能/動作不能	
胎児出血	超音波検査で出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要するが、胎児機能に影響のない中等度の出血	出血により胎児徐脈となるが、児の状態は良好な高度の出血	胎児の生命にかかわる	
母体出血	出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要する中等度の出血	輸血を必要とするが保存的治療で管理できる高度の出血	生命にかかわり、出血に対して手術療法を必要とする	
胎児徐脈 (胎児出血によるものを除く)	単発ですぐ軽快する軽度の徐脈	複数回出現するが、軽快する中等度の徐脈	高度遅延性徐脈で娩出を余儀なくされるが、児の状態は良好な高度の徐脈	胎児の生命にかかわる	
破水	破水を認めるが、持続しない軽度の破水	破水は持続するが、羊水量が保たれている中等度の破水	羊水過少を認める高度の破水	胎児の生命にかかわる	
切迫早産	内服治療を要する	単剤での点滴治療を要する	単剤での通常量を超える使用や多剤併用療法を要する	早産	
その他	0□ なし 1□ あり →詳細をコメント欄へ記入				

コメント

DC 記入欄
 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () () memo

NCCHD0102 有害事象(2回目シャント術中～術当日) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署)

記入者氏名(自署)

記入日(西暦) 年 月 日

記入日(西暦) 年 月 日

◆ 症状がない場合は、0と記入してください ◆ 術中から術後当日中の最悪gradeを記載してください

	1	2	3	4	最悪 grade
疼痛 (穿刺部、下腹部)	機能障害のない軽度の疼痛	中等度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用による機能障害はあるが、日常生活には支障がない	高度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用により日常生活に重大な支障あり	活動不能/動作不能	
胎児出血	超音波検査で出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要するが、胎児機能に影響のない中等度の出血	出血により胎児徐脈となるが、児の状態は良好な高度の出血	胎児の生命にかかわる	
母体出血	出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要する中等度の出血	輸血を必要とするが保存的治療で管理できる高度の出血	生命にかかわり、出血に対して手術療法を必要とする	
胎児徐脈 (胎児出血によるものを除く)	単発ですぐ軽快する軽度の徐脈	複数回出現するが、軽快する中等度の徐脈	高度遅延性徐脈で娩出を余儀なくされるが、児の状態は良好な高度の徐脈	胎児の生命にかかわる	
破水	破水を認めるが、持続しない軽度の破水	破水は持続するが、羊水量が保たれている中等度の破水	羊水過少を認める高度の破水	胎児の生命にかかわる	
切迫早産	内服治療を要する	単剤での点滴治療を要する	単剤での通常量を超える使用や多剤併用療法を要する	早産	
その他	0□ なし 1□ あり → 詳細をコメント欄へ記入				

コメント

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () memo

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日
 記入者氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日

◆ 症状がない場合は、0と記入してください ◆ 術中から術後当日中の最悪gradeを記載してください

	1	2	3	4	最悪 grade
疼痛 (穿刺部、下腹部)	機能障害のない軽度の疼痛	中等度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用による機能障害はあるが、日常生活には支障がない	高度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用により日常生活に重大な支障あり	活動不能/動作不能	
胎児出血	超音波検査で出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要するが、胎児機能に影響のない中等度の出血	出血により胎児徐脈となるが、児の状態は良好な高度の出血	胎児の生命にかかわる	
母体出血	出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要する中等度の出血	輸血を必要とするが保存的治療で管理できる高度の出血	生命にかかわり、出血に対して手術療法を必要とする	
胎児徐脈 (胎児出血によるものを除く)	単発ですぐ軽快する軽度の徐脈	複数回出現するが、軽快する中等度の徐脈	高度遷延性徐脈で娩出を余儀なくされるが、児の状態は良好な高度の徐脈	胎児の生命にかかわる	
破水	破水を認めるが、持続しない軽度の破水	破水は持続するが、羊水量が保たれている中等度の破水	羊水過少を認める高度の破水	胎児の生命にかかわる	
切迫早産	内服治療を要する	単剤での点滴治療を要する	単剤での通常量を超える使用や多剤併用療法を要する	早産	
その他	0□ なし 1□ あり →詳細をコメント欄へ記入				

コメント

DC 記入欄
 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () memo

NCCHD0102 有害事象(4回目シャント術中～術当日) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日 記入者氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日

◆ 症状がない場合は、0と記入してください ◆ 術中から術後当日中の最悪gradeを記載してください

	1	2	3	4	最悪 grade
疼痛 (穿刺部、下腹部)	機能障害のない軽度の疼痛	中等度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用による機能障害はあるが、日常生活には支障がない	高度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用により日常生活に重大な支障あり	活動不能/動作不能	
胎児出血	超音波検査で出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要するが、胎児機能に影響のない中等度の出血	出血により胎児徐脈となるが、児の状態は良好な高度の出血	胎児の生命にかかわる	
母体出血	出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要する中等度の出血	輸血を必要とするが保存的治療で管理できる高度の出血	生命にかかわり、出血に対して手術療法を必要とする	
胎児徐脈 (胎児出血によるものを除く)	単発ですぐ軽快する軽度の徐脈	複数回出現するが、軽快する中等度の徐脈	高度遅延性徐脈で娩出を余儀なくされるが、児の状態は良好な高度の徐脈	胎児の生命にかかわる	
破水	破水を認めるが、持続しない軽度の破水	破水は持続するが、羊水量が保たれている中等度の破水	羊水過少を認める高度の破水	胎児の生命にかかわる	
切迫早産	内服治療を要する	単剤での点滴治療を要する	単剤での通常量を超える使用や多剤併用療法を要する	早産	
その他	0□ なし 1□ あり 一詳細をコメント欄へ記入				

コメント

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1() query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix() () () () () () () memo

NCCHD0102 有害事象(5回目シャント術中～術当日) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入者氏名(自署)
 記入日(西暦) 年 月 日 記入日(西暦) 年 月 日

◆ 症状がない場合は、0と記入してください ◆ 術中から術後当日中の最悪gradeを記載してください

	1	2	3	4	最悪 grade
疼痛 (穿刺部、下腹部)	機能障害のない軽度の疼痛	中等度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用による機能障害はあるが、日常生活には支障がない	高度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用により日常生活に重大な支障あり	活動不能/動作不能	
胎児出血	超音波検査で出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要するが、胎児機能に影響のない中等度の出血	出血により胎児徐脈となるが、児の状態は良好な高度の出血	胎児の生命にかかわる	
母体出血	出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要する中等度の出血	輸血を必要とするが保存的治療で管理できる高度の出血	生命にかかわり、出血に対して手術療法を必要とする	
胎児徐脈 (胎児出血によるものを除く)	単発ですぐ軽快する軽度の徐脈	複数回出現するが、軽快する中等度の徐脈	高度遷延性徐脈で娩出を余儀なくされるが、児の状態は良好な高度の徐脈	胎児の生命にかかわる	
破水	破水を認めるが、持続しない軽度の破水	破水は持続するが、羊水量が保たれている中等度の破水	羊水過少を認める高度の破水	胎児の生命にかかわる	
切迫早産	内服治療を要する	単剤での点滴治療を要する	単剤での通常量を超える使用や多剤併用療法を要する	早産	
その他	0□ なし 1□ あり →詳細をコメント欄へ記入				

コメント

DC 記入欄
 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () memo

NCCHD0102 有害事象(6回目シャント術中～術当日) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入者氏名(自署)
 記入日(西暦) 年 月 日 記入日(西暦) 年 月 日

◆ 症状がない場合は、0と記入してください ◆ 術中から術後当日中の最悪gradeを記載してください

	1	2	3	4	最悪 grade
疼痛 (穿刺部、下腹部)	機能障害のない軽度の疼痛	中等度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用による機能障害はあるが、日常生活には支障がない	高度の疼痛 疼痛または鎮痛薬使用により日常生活に重大な支障あり	活動不能/動作不能	
胎児出血	超音波検査で出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要するが、胎児機能に影響のない中等度の出血	出血により胎児徐脈となるが、児の状態は良好な高度の出血	胎児の生命にかかわる	
母体出血	出血を認めるが、5分以内で止血する軽度の出血	止血に5分以上を要する中等度の出血	輸血を必要とするが保存的治療で管理できる高度の出血	生命にかかわり、出血に対して手術療法を必要とする	
胎児徐脈 (胎児出血によるものを除く)	単発ですぐ軽快する軽度の徐脈	複数回出現するが、軽快する中等度の徐脈	高度遅延性徐脈で娩出を余儀なくされるが、児の状態は良好な高度の徐脈	胎児の生命にかかわる	
破水	破水を認めるが、持続しない軽度の破水	破水は持続するが、羊水量が保たれている中等度の破水	羊水過少を認める高度の破水	胎児の生命にかかわる	
切迫早産	内服治療を要する	単剤での点滴治療を要する	単剤での通常量を超える使用や多剤併用療法を要する	早産	
その他	0□ なし 1□ あり 一詳細をコメント欄へ記入				

コメント

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () memo

NCCHD0102 有害事象2(術後～分娩開始直前) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 0 施設名 ***** 性別 * 患者イニシャル 姓 * 名 *

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入者氏名(自署)
 記入日(西暦) 年 月 日 記入日(西暦) 年 月 日

◆ 観察日と観察時のgradeを記入してください ◆ 症状がない場合は、0と記入してください ◆ 分娩開始直前の状態も記入してください

	1	2	3	4	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
破水	破水を認めるが、持続しない軽度の破水	破水は持続するが、羊水量が保たれている中等度の破水	羊水過少を認める高度の破水	胎児の生命にかかわる							
切迫早産	内服治療を要する	単剤での点滴治療を要する	単剤での通常量を超える使用や多剤併用療法を要する	早産							
羊水過多	最大羊水深度8cm以上10cm未満	最大羊水深度10cm以上で母体全身症状なし	最大羊水深度10cm以上で母体全身症状を認める	母体の生命にかかわる							
子宮内感染	—	母体の発熱(38℃以上)、悪臭帯下、子宮圧痛のうち2つ以上を認める	Grade2に加え、炎症所見(WBC 20,000/mm ³ 以上またはCRP 2.0mg/d以上)を認める	母児の生命にかかわる							
妊娠高血圧症候群	軽症 BP140-160/90-110mmHgかつたんぱく尿300mg/日以上2g/日未満	—	重症 BP 160/110mmHg以上かつたんぱく尿2g/日以上	母体の生命にかかわる							
常位胎盤早期剥離	部分的で母体、胎児の状態が安定している	—	娩出を余儀なくされるが、母体ならびに胎児の状態は良好	母体または胎児の生命が脅かされる							
胎児機能不全	CTGの異常を認めるが、すぐ回復する	—	娩出を要するCTGの異常をみとめる	胎児の生命にかかわる							
カテーテル脱落(右)	カテーテルの先端が胎児胸壁内に埋没している	カテーテルが子宮内に脱落	カテーテルが胎児胸腔内に脱落しているが胎児に状態に影響なし	カテーテルが胎児の体内にあり、生命が脅かされる							
カテーテル脱落(左)	カテーテルの先端が胎児胸壁内に埋没している	カテーテルが子宮内に脱落	カテーテルが胎児胸腔内に脱落しているが胎児に状態に影響なし	カテーテルが胎児の体内にあり、生命が脅かされる							
その他	「あり」の場合詳細(有害事象名、転帰など)は、コメント欄へ記入				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

シャント術以外の処置・治療(分娩開始まで)

なし あり → 詳細:

コメント

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 memo

NCCHD0102 US評価1(1回目シャント術直前/後) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 0 施設名 ***** 性別 * 患者イニシャル 姓 * 名 *

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入者氏名(自署)
 記入日(西暦) 年 月 日 記入日(西暦) 年 月 日

	<1回目シャント術直前>	<1回目シャント術後1日目>
US検査日	20 年 月 日	20 年 月 日
最大羊水深度	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
右) 留置シャント		0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
右) 胸水深度	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
右) 胸水断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
右) 肺断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
左) 留置シャント		0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
左) 胸水深度	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
左) 胸水断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
左) 肺断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
胸郭断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
CTAR	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
UA異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
DV異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
PLI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MCAPSV 中大脳動脈最大血流速度	<input type="text"/> cm/sec	<input type="text"/> cm/sec
評価		◆ 1回目シャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
右-胸水		
左-胸水		
全-胸水 (両側の場合のみ)		
皮下浮腫		
腹水		

コメント

【TR, MRの定義】
 grade1はドブラで逆流波を認めるが、心房面積の30%未満
 grade2はドブラで逆流波が心房面積の30%以上

【NE】
 評価不能、データ不十分 (not evaluable)
 例) 評価しなかった場合

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () () memo

NCCHD0102 US評価1(2回目シャント術直前/後) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 0 施設名 ***** 性別 * 患者イニシャル 姓 * 名 *

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日 記入者氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日

	<2回目シャント術直前>	<2回目シャント術後1日目>
US検査日	20 年 月 日	20 年 月 日
最大羊水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> mm
右) 留置シャント	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
右) 胸水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> mm
右) 胸水断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
右) 肺断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
左) 留置シャント	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
左) 胸水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> mm
左) 胸水断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
左) 肺断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
胸郭断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
CTAR	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %
UA異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
DV異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
PLI	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
TR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MCAPSV 中大脳動脈最大血流速度	<input type="text"/> <input type="text"/> cm/sec	<input type="text"/> <input type="text"/> cm/sec
評価	◆ 1回目シャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価 右-胸水 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 左-胸水 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 全-胸水 (両側の場合のみ) 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 皮下浮腫 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 腹水 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	◆ 2回目のシャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価 右-胸水 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 左-胸水 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 全-胸水 (両側の場合のみ) 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 皮下浮腫 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 腹水 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
コメント	[TR, MRの定義] grade1はドブラで逆流波を認めるが、心房面積の30%未満 grade2はドブラで逆流波が心房面積の30%以上 [NE] 評価不能、データ不十分 (not evaluable) 例) 評価しなかった場合	
DC 記入欄	receive1() check1() check2() input1() query1() receive2() check3() input3() () () () ()	input2() confirm1() confirm2() fix() () () () ()

NCCHD0102 US評価1(3回目シャント術直前/後) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入者氏名(自署)
 記入日(西暦) 年 月 日 記入日(西暦) 年 月 日

	<3回目シャント術直前>	<3回目シャント術後1日目>
US検査日	20 年 月 日	20 年 月 日
最大羊水深度	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
右) 留置シャント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
右) 胸水深度	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
右) 胸水断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
右) 肺断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
左) 留置シャント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
左) 胸水深度	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
左) 胸水断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
左) 肺断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
胸郭断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
CTAR	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
UA異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 途絶 <input type="checkbox"/> 逆流	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 途絶 <input type="checkbox"/> 逆流
DV異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 途絶 <input type="checkbox"/> 逆流	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 途絶 <input type="checkbox"/> 逆流
PLI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TR	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> grade1 <input type="checkbox"/> grade2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> grade1 <input type="checkbox"/> grade2
MR	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> grade1 <input type="checkbox"/> grade2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> grade1 <input type="checkbox"/> grade2
MCAPSV 中大脳動脈最大血流速度	<input type="text"/> cm/sec	<input type="text"/> cm/sec
評価	◆ 2回目シャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価	◆ 3回目のシャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価
右-胸水	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE
左-胸水	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE
全-胸水 (両側の場合のみ)	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE
皮下浮腫	<input type="checkbox"/> 水腫なし <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 水腫なし <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE
腹水	<input type="checkbox"/> 水腫なし <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 水腫なし <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE

コメント

【TR, MRの定義】
 grade1はドブラで逆流波を認めるが、心房面積の30%未満
 grade2はドブラで逆流波が心房面積の30%以上

【NE】
 評価不能、データ不十分 (not evaluable)
 例) 評価しなかった場合

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () () memo

NCCHD0102 US評価1(4回目シャント術直前/後) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 施設名 ***** 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) _____ 記入日(西暦) 年 月 日
 記入者氏名(自署) _____ 記入日(西暦) 年 月 日

	<4回目シャント術直前>	<4回目シャント術後1日目>
US検査日	20 年 月 日	20 年 月 日
最大羊水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
右) 留置シャント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
右) 胸水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
右) 胸水断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
右) 肺断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
左) 留置シャント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
左) 胸水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
左) 胸水断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
左) 肺断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
胸郭断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
CTAR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
UA異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 途絶 <input type="checkbox"/> 逆流	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 途絶 <input type="checkbox"/> 逆流
DV異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 途絶 <input type="checkbox"/> 逆流	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 途絶 <input type="checkbox"/> 逆流
PLI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TR	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> grade1 <input type="checkbox"/> grade2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> grade1 <input type="checkbox"/> grade2
MR	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> grade1 <input type="checkbox"/> grade2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> grade1 <input type="checkbox"/> grade2
MCAPSV 中大脳動脈最大血流速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/sec	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/sec
評価	◆ 3回目シャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価	◆ 4回目のシャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価
右-胸水	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE
左-胸水	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE
全-胸水 (両側の場合のみ)	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE
皮下浮腫	<input type="checkbox"/> 水腫なし <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 水腫なし <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE
腹水	<input type="checkbox"/> 水腫なし <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> 水腫なし <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> NE

コメント _____

【TR, MRの定義】
 grade1はドブラで逆流波を認めるが、心房面積の30%未満
 grade2はドブラで逆流波が心房面積の30%以上

【NE】
 評価不能、データ不十分 (not evaluable)
 例) 評価しなかった場合

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () memo

NCCHD0102 US評価1 (5回目シャント術直前/後) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入者氏名(自署)
 記入日(西暦) 年 月 日 記入日(西暦) 年 月 日

	<5回目シャント術直前>	<5回目シャント術後1日目>
US検査日	20 年 月 日	20 年 月 日
最大羊水深度	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
右) 留置シャント	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
右) 胸水深度	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
右) 胸水断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
右) 肺断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
左) 留置シャント	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
左) 胸水深度	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
左) 胸水断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
左) 肺断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
胸郭断面積	<input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> mm ²
CTAR	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
UA異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
DV異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
PLI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MCAPSV 中大脳動脈最大血流速度	<input type="text"/> cm/sec	<input type="text"/> cm/sec
評価	◆ 4回目シャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価	◆ 5回目のシャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価
右-胸水	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
左-胸水	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
全-胸水 (両側の場合のみ)	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
皮下浮腫	1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
腹水	1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
コメント	[TR, MRの定義] grade1はドブラで逆流波を認めるが、心房面積の30%未満 grade2はドブラで逆流波が心房面積の30%以上 [NE] 評価不能、データ不十分 (not evaluable) 例) 評価しなかった場合	
DC 記入欄	receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1() query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix() () () () () () () memo	

NCCHD0102 US評価1 (6回目シャント術直前/後) 胎児PE shunt PhaseII このコピーを必ず保管

登録番号 施設名 ***** 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) _____ 記入日(西暦) 年 月 日
 記入者氏名(自署) _____ 記入日(西暦) 年 月 日

	< 6回目シャント術直前 >	< 6回目シャント術後1日目 >
US検査日	20 年 月 日	20 年 月 日
最大羊水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
右) 留置シャント	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
右) 胸水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
右) 胸水断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
右) 肺断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
左) 留置シャント	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
左) 胸水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
左) 胸水断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
左) 肺断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
胸郭断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
CTAR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
UA異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
DV異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
PLI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MCAPSV 中大脳動脈最大血流速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/sec	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/sec
評価	◆ 5回目シャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価 右-胸水 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 左-胸水 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 全-胸水 (両側の場合のみ) 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 皮下浮腫 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 腹水 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	◆ 6回目のシャント術直前のUS評価をベースラインとして、評価 右-胸水 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 左-胸水 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 全-胸水 (両側の場合のみ) 1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 皮下浮腫 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE 腹水 1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
コメント	[TR, MRの定義] grade1はドプラで逆流波を認めるが、心房面積の30%未満 grade2はドプラで逆流波が心房面積の30%以上 [NE] 評価不能、データ不十分 (not evaluable) 例) 評価しなかった場合	
DC 記入欄	receive1() check1() check2() input1() query1() receive2() check3() input3() () () () ()	input2() confirm1() confirm2() fix() memo

登録番号 施設名 性別 患者イニシャル 姓 名

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入者氏名(自署)
 記入日(西暦) 年 月 日 記入日(西暦) 年 月 日

実施した全てのUS検査とその評価について、ご記入下さい。(シャント術直前と術後1日目の評価は「US評価1」へ記入)

US検査日	20 年 月 日	20 年 月 日
最大羊水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> mm
右) 留置シャント	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
右) 胸水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> mm
右) 胸水断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
右) 肺断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
左) 留置シャント	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり
左) 胸水深度	<input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> mm
左) 胸水断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
左) 肺断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
胸郭断面積	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²	<input type="text"/> <input type="text"/> mm ²
CTAR	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> %
UA異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
DV異常	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> 途絶 2 <input type="checkbox"/> 逆流
PLI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MR	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> grade1 2 <input type="checkbox"/> grade2
MCAPSV 中大脳動脈最大血流速度	<input type="text"/> <input type="text"/> cm/sec	<input type="text"/> <input type="text"/> cm/sec

評価 ◆ 直近のシャント術直前のUS評価(US評価1に記載)をベースラインとして、評価

右-胸水	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
左-胸水	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
全-胸水 (両側の場合のみ)	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 消失 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
皮下浮腫	1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE
腹水	1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE	1 <input type="checkbox"/> 水腫なし 2 <input type="checkbox"/> 軽快 3 <input type="checkbox"/> 不変 4 <input type="checkbox"/> 増悪 9 <input type="checkbox"/> NE

コメント

【TR, MRの定義】
 grade1はドブラで逆流波を認めるが、心房面積の30%未満
 grade2はドブラで逆流波が心房面積の30%以上

【NE】
 評価不能、データ不十分 (not evaluable)
 例) 評価しなかった場合

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () memo

登録番号 0 施設名 ***** 性別 * 患者イニシャル 姓 * 名 *

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日 記入者氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日

<分娩時の所見>

分娩日時 西暦 20 年 月 日 午前・午後 時 分

分娩週数 週 日 →(34週未満の場合) 分娩前リンデロン投与: あり なし(理由:)

分娩理由 (複数選択可) 満期 前期破水 陣痛抑制困難 胎児機能不全 子宮内感染 その他() (36週以降の自然陣発or予定分娩)

分娩様式 経膣 CS

生産・死産の別 生産 死産

性別 男 女

出生体重 [] [] [] g

Apgar score 1分 [] [] 点 5分 [] [] 点

分娩時有害事象

	1	2	3	4	grade
分娩時出血	500ml以上1000ml未満	1000ml以上だが輸血を必要としない	出血が大量で輸血を必要とする	出血が大量で子宮摘出を必要とする	
癒着胎盤の有無	胎盤癒着があるが胎盤用手剥離が可能で出血は多くない	胎盤用手剥離が可能だが、出血量が多い	胎盤用手剥離が可能だが、出血が大量で輸血を必要とする	胎盤が剥離できない、または子宮摘出を必要とする	
その他	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり →詳細:				

<母退院までの所見>

分娩後5日目時点での有害事象評価

有害事象観察日: 20 年 月 日

	1	2	3	4	grade
浮腫:四肢	軽度の圧痕	高度の圧痕	日常生活に支障	生命を脅かす	
高血圧	140-159/90-109mmHg	160/110mmHg以上	薬物療法を要する	生命を脅かす	
その他	0 <input type="checkbox"/> なし 1 <input type="checkbox"/> あり →詳細:				

母退院日 西暦 20 年 月 日

コメント

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1() query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix() memo

登録番号 0 施設名 ***** 性別 * 患者イニシャル 姓 * 名 *

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日 記入者氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日

◆ 出生時の所見 (生後最初に測定したデータ)

胸水貯留一右 0□ なし 1□ わずかにある 2□ あるが治療を必要としない 3□ あり。治療が必要

胸水貯留一左 0□ なし 1□ わずかにある 2□ あるが治療を必要としない 3□ あり。治療が必要

LVEF %

LVFS %

LVDd mm

US検査日: 20 年 月 日 時間: 午前・午後 時 分

検査時点のカテコラミン投与 0□ なし 1□ あり

CK U/l

血清検査日: 20 年 月 日 時間: 午前・午後 時 分

BNP 0□ 臍帯血 1□ 児血 ※可能な限り臍帯血で測定

pg/mL

臍帯血検査日: 20 年 月 日 時間: 午前・午後 時 分

◆ 生後24時間までの呼吸状態 (生後24時間以内で、呼吸状態が安定した時期に測定したデータ)

呼吸管理状況 0□ 酸素投与なし 1□ 酸素投与 2□ n-CPAP管理 3□ 呼吸器管理 88□ その他()

(呼吸器管理以外の場合)

SpO₂ %

酸素濃度 %

測定日: 20 年 月 日 時間: 午前・午後 時 分

(呼吸器管理の場合)

PaO₂ mmHg

酸素濃度 %

平均気道内圧 cmH₂O

測定日: 20 年 月 日 時間: 午前・午後 時 分

※可能な限り血ガス検査時点と同時点の測定値を記載

胸水ドレナージ 0□ なし 1□ 間欠的穿刺ドレナージ 2□ 持続ドレナージ

<胸部レントゲン写真の所見>

ベル型胸郭 0□ なし 1□ あり

肺含気の著明な低下 0□ なし 1□ あり

X線撮影日: 20 年 月 日 時間: 午前・午後 時 分

コメント

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1() query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix() memo

登録番号 0 施設名 ***** 性別 * 患者イニシャル 姓 * 名 *

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入者氏名(自署)
 記入日(西暦) 年 月 日 記入日(西暦) 年 月 日

胎児PEシャント術施行 右) 未施行 施行あり
 左) 未施行 施行あり
 [ありの場合は<胎児PEシャントチューブ>の項目を記入]

<胎児PEシャントチューブ>

右) 出生時の位置 胎児PEシャントチューブ全体が児の体外にある(※1)本
 (該当するもの全て選択) 胎児PEシャントチューブの一部が児の体内で、一部が体外にある本
 胎児PEシャントチューブ全体が児の体内にある本

胎児PEシャントチューブの処置 用手抜去 外科治療(局所) 外科治療(開胸) その他()
 (該当するもの全て選択)
 (※1)の場合は記載不要

左) 出生時の位置 胎児PEシャントチューブ全体が児の体外にある(※1)本
 (該当するもの全て選択) 胎児PEシャントチューブの一部が児の体内で、一部が体外にある本
 胎児PEシャントチューブ全体が児の体内にある本

胎児PEシャントチューブの処置 用手抜去 外科治療(局所) 外科治療(開胸) その他()
 (該当するもの全て選択)
 (※1)の場合は記載不要

<有害事象>

◆生後28日時点で観察されたgradeとその観察日を記入

	1	2	3	4	grade
体重増加不良	出生体重を越えない	体重減少傾向が横ばいとなる	体重減少傾向が持続	体重減少傾向が持続し、生命が脅かされる	月 日

◆出生から生後28日目までに観察された最悪gradeとその観察日を記入

	1	2	3	4
感染	体温が一時的に高くはなったが持続しないなど介入の必要はない	抗生剤投与は行うが持続的な使用は必要ない	抗生剤の持続投与が必要、菌血症	抗生剤以外に呼吸循環維持に介入が必要、致命的
体重増加不良	体重増加不良がみられるが介入の必要はない	一時的な経管栄養が必要	持続的な経管栄養が必要	経管栄養でも体重が増えない、致命的
黄疸	治療の必要なし	光線療法を行うが短期間	長期間の光線療法が必要	交換輸血が必要、致命的
未熟児網膜症の有無(32週未満で出生の児のみ)	眼底所見で境界線の形成または隆起	網膜外線維血管増殖	部分的網膜剥離	網膜全剥離
中枢神経障害	症状ないが、画像上の異常をみとめる	体動が少ないなど軽度の症状を認める	けいれんを伴う	呼吸抑制または動作不能
その他	0□ なし 1□ あり →詳細:			

コメント

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 memo

登録番号 0 施設名 ***** 性別 * 患者イニシャル 姓 * 名 *

施設研究責任者/コーディネーター氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日 記入者氏名(自署) 記入日(西暦) 年 月 日

児-初回退院日 西暦 20 年 月 日
 軽快 転院 死亡→死因 心不全 呼吸不全 感染症 その他 不明
 死亡の状況

<生後～初回退院時までの評価>

◆ 呼吸状態

呼吸器管理 なし あり→退院時の呼吸器使用
 あり
 なし → 最初に呼吸器管理不要と判断した日: (西暦) 20 年 月 日
 最終呼吸器管理終了日: (西暦) 20 年 月 日

n-CPAP管理 なし あり→退院時のn-CPAP使用
 あり
 なし → 最初にnCPAP管理不要と判断した日: (西暦) 20 年 月 日
 最終nCPAP管理終了日: (西暦) 20 年 月 日

酸素投与 なし あり→退院時の酸素投与の有無
 あり
 なし → 最初に酸素投与不要と判断した日: (西暦) 20 年 月 日
 最終酸素投与終了日: (西暦) 20 年 月 日

◆ 胸水に対する治療

間欠的胸水ドレナージ なし あり
 持続胸水ドレナージ なし あり→退院時の持続胸水ドレナージの有無
 あり
 なし → 最初に持続ドレナージ不要と判断した日: (西暦) 20 年 月 日
 最終持続ドレナージ終了日: (西暦) 20 年 月 日

胸水ドレナージ以外の治療 なし あり→
 食事療法 なし あり → 絶食 MCTミルク
 オクトレオチド なし あり → 詳細(投与期間など):
 ステロイド なし あり → 詳細(薬剤名、投与期間など):
 その他 なし あり → 詳細:

◆ カテコラミン継続投与

なし (一度も継続投与開始がなかった場合のみ)
 あり(一回でも継続開始した場合はこちらにチェック) 初回開始日: 20 年 月 日 時間: 午前・午後 時 分

コメント

DC 記入欄 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm1()
 query1() receive2() check3() input3() confirm2() fix()
 () () () () () memo