

合併症

		死亡原因に なった可能性
消化管穿孔	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/> あり
気胸	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
敗血症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
治療を要した乳び胸 または胸水	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
治療を要した GERD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
GERD に対する治療	<input type="checkbox"/> 内科的 <input type="checkbox"/> 外科的	
中枢神経障害		
IVH	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
PVL	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
水頭症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
低酸素性脳症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
その他	内容 発生日または発見日 20 年 月 日	<input type="checkbox"/>
その他	内容 発生日または発見日 20 年 月 日	<input type="checkbox"/>
腸閉塞	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
CDH 再発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
側弯症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
胸郭変形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発生日または 発見日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
その他		<input type="checkbox"/>

日にちが不明の場合は年月をご記入ください