

遺棄 車の中に放置 室内に放置 水の中に浸漬
戸外で行方不明 その他 () 不明

(2) 死亡をもたらした環境要因

高体温 低体温 不明
事象が起きた時の外気温 () 度

(3) 当該環境に曝露されていた時間

() 分

(4) 子どもの着衣は適切であったか

いいえ はい 不明

J. 医学的症候による死亡

(1) 子どもに当該医学的症候があった期間

誕生以来

() 年 () 月 () 日

不明

(2) 当該医学的症候の結果として死亡が起こりうると予測されていた

はい いいえ 不明

(3) 子どもは当該医学的症候に対して治療・管理を受けていた

はい いいえ 不明

(4) 子ども、または子どもの家族は処方された治療法・管理方法を守っていたか

はい いいえ 不明

「いいえ」の場合、守られなかった理由 ()

(5) 処方された治療法・管理方法は当該医学的症候に適応していたか

はい いいえ 不明

「いいえ」の場合、治療法・管理方法の問題点 ()

(6) 医学的症候は、なんらかの疾病の集団発生と関連していたか

はい いいえ 不明

(以上で、死因別の詳細情報の記入欄は終了)

6. その他の状況 (該当する部分に記入のこと)

A. 子どもが就寝中または就寝環境中に死亡した場合

(1) 事象が発生した場所

ベビーベッド 畳または床に敷かれた子ども用布団
畳または床に敷かれたおとな用布団 ソファ イス
その他 () 不明

- (2) 上の場所は、子どもの通常の寝場所であったか

はい
いいえ → 本来の寝場所は ()
不明

- (3) 子どもが眠った時の姿勢

仰向け うつ伏せ 横向き 不明

- (4) 子どもが発見された時の姿勢

仰向け うつ伏せ 横向き 不明

- (5) 子どもが発見された時の状況

顔およびからだをふさがれていない状態

何かの下にいる状態 (例：掛ふとん、タオルケット、他の人や動物など。

(何：)

何かに巻き込まれた状態 (何：)

何かから落ちた、または転がった状態 (何：)

その他 ()

不明

- (6) 子どもは授乳中に眠ったかどうか

はい いいえ 不明

- (7) 子どもは人または動物と同じ面で眠っていたかどうか

はい (誰と、何と：)

いいえ 不明

B. 製品の欠陥・問題による死亡の場合

- (1) 製品名 (製作年、型式などできるだけ詳細に)

- (2) 製品は正しく使用されたか

いいえ はい 不明

- (3) 当該製品はリコール対象であったかどうか

いいえ はい 不明

- (4) 製品に適切な安全ラベルは貼られていたか

いいえ はい 不明

(5) 国民生活センター等に届け出たか

いいえ はい 不明

(6) 届け出た場合、届け出たのは誰か

()

C. 意図的な行為による死亡の場合

(1) 次の行為から、死亡の原因または一因であったものをすべて選ぶ

監督不足・監督不在

子どもへの身体的虐待

子どもへの心理的虐待

子どもへの性的虐待

子どもへのネグレクト

自殺

心中

医療事故または医療過誤

その他

不明

(2) 身体的虐待の種類

虐待による頭部外傷 慢性被虐待児症候群 叩く・蹴る

火傷または熱傷 代理人によるミュンヒハウゼン症候群

その他 () 不明

(3) 虐待による頭部外傷の場合、外傷の種類

()

(4) 虐待による頭部外傷の場合、子どもは揺さぶられたかどうか

いいえ はい 不明

(5) 身体的虐待のきっかけとなった事象

なし 子どもが泣いた 授乳の問題

家庭内での言い争い その他 () 不明

(6) 子どものネグレクトの場合

子どもを危険から守らなかった (具体的に:)

必需品を提供しなかった → 食事 住む場所 その他

必要な治療を求めなかった、守らなかった

心理的なネグレクト

(7) 上記の意図的行為は

慢性的であった 慢性的ではなく突発的な事象だった 不明

7. 死亡の責任者

(1) 死亡の原因または一因である者

自分自身 実親 継親 祖父母 きょうだい
子どもの友人 見ず知らずの他人
医療提供者 施設職員 その他 () 不明

(2) 人物の年齢・性別

原因となった人物 () 歳 性別 ()
一因となった人物 () 歳 性別 ()

(3) この人物は、冒頭の項で挙げられた、子どもの監督者か

いいえ はい

(4) この人物に非行歴・犯罪歴があったかどうか

原因となった人物 はい いいえ 不明
一因となった人物 はい いいえ 不明

(5) この事象による法的結果

原因となった人物 不起訴 起訴 ()
一因となった人物 不起訴 起訴 ()

8. レビューの結果による予防に向けた取り組み

(1) レビューの結果、当該児の死亡は予防することができたか

いいえ、おそらく予防することはできなかった
はい、おそらく予防することができた
レビュー委員会は予防の可否を判断することができなかった

(2) 同様の死亡を予防し、子どもの安全を確立し、健康を増進するため、具体的にどのような努力・変更がなされるべきだと、レビュー委員会は考えるか。

個人としての努力・改善
コミュニティとしての努力・改善
機関・法レベルの努力・改善

9. レビューのプロセス

レビューの開始日と終了日

レビュー会議の回数 () 回

レビューに参加した機関・専門家

警察 検察官 公衆衛生従事者 母子保健専門家

児童福祉専門家 医師 救急隊員 教育専門家

精神衛生の専門家 裁判所 その他 (一覧を記載)

効率的なレビューを妨げた原因

メンバー間の秘密保持の問題により、十分な情報交換が妨げられた

個人情報保護法の問題により、十分な情報交換が妨げられた

その他の理由により、十分な情報交換が妨げられた

(理由:)

調査が不十分で、レビューを行うに十分な情報を得られなかった

チームメンバーが必要な情報を提供しなかった

必要なチームメンバーが欠席であった

会議が死亡後あまりに早く開催された

会議が死亡後あまりに遅く開催された

状況に対するチームの意見の相違

その他の要因 ()



子供の死の経緯および
理由の理解と
子供の死を予防するための
活動の実施

子どもの死に関するレビュー ケースレポート

パイロット試験（第1版）

©January 1, 2005

National Center for Child Death Review

第1版
パイロット試験
2005

National Center for Child Death Review作成
CDR Case Reporting System Action Team
Copyright Michigan Public Health Institute January 2005

ケースレポートの目的は、子どもが死亡した経緯および理由に対する理解を深めるための情報を提供するとともに、レビューチームによって提案された活動を文書化することである。
このケースレポートは、CDRチームがレビューしたすべての死に対して記入されるべきである。

ケースレポートは以下に関する文書をチームに提供する。

1. 子どもの死に関する包括的状況
2. その他の死を予防するためのチームの勧告
3. ケースレビュープロセスの質に影響を及ぼす因子

このレポートは、ウェブベースアプリケーションとして、すべてのエレメントに対するユーザーマニュアルおよび定義とともに使用可能である。ウェブユーザーは州のCDRプログラムによって承認および登録されなければならない。登録されたユーザーは、www.cdrdata.orgにてログイン可能である。

このツールは、2005年の間は選択されている州でのパイロット試験モードにある。
ツールに関するフィードバックの提出先：
The National Center for Child Death Review
1-800-656-2434
email:info@childdeathreview.org

このレポートツールの開発の一部は、Maternal and Child Health Bureau (Title V, Social Security Act)、Health Resources and Services Administration、Department of Health and Human ServicesのGrant No. 1 U93 MC 00225-01の援助を受けた。

活動チームメンバー

Neil Maniar, Massachusetts, Chair
Susan Anderson, Hawaii
Debora Barnes-Josiah, Nebraska
Robin Bell, Utah and Michigan
Marc Clement, New Hampshire
Carri Cottengim, Georgia
Erin Croughwell, Wyoming
Maurine Hill, Missouri
Neil Hochstadt, Illinois

Sally Kerschner, Vermont
Rochelle Manchego, Colorado
Lisa Millet, Oregon
Judy New, Nevada
Diane Pilkey, Washington
Adrianna Pust, Ohio
Faith Vos Winkle, Connecticut
Pat West, Pennsylvania
Steve Wirtz, California

Stephanie Bryn, MCHB, HRSA, DHHS, Project Officer
Shkeda Johnson, MCHB, HRSA, DHSS, Project Officer
Mary Overpeck, MCHB, HRSA, DHHS, Epidemiologist
John Park, MCHB, HRSA, DHHS, Epidemiologist
Teri Covington, National Center Director
Sara Rich, National Center Project Coordinator
Lori Corteville, National Center Data Systems Coordinator

症例番号 _____ 州 / 郡 / テーム番号 / レビュー年 / レビュー順序		死亡証明書番号: _____ 出生証明書番号: _____	
A. 子供の情報			
1. 子どもの氏名: ファーストネーム: _____ ミドルネーム: _____ ラストネーム: _____ <input type="checkbox"/> 不明		8. 現住所: <input type="checkbox"/> 不明 通り _____ アpartment _____ 市 _____ 郡 _____ 州 _____ 郵便番号 _____	
2. 誕生日: <input type="checkbox"/> 不明 ____ / ____ / ____ 年 月 / 日 / 年		5. 人種 (当てはまるものすべてにチェックする) <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黒人 (アフリカ系アメリカ人) <input type="checkbox"/> ハワイ先住民 <input type="checkbox"/> 太平洋諸島系 <input type="checkbox"/> アジア系 (明記する): _____ <input type="checkbox"/> アメリカ先住民 (部族): _____ <input type="checkbox"/> アラスカ先住民 (部族): _____ <input type="checkbox"/> 不明	
3. 死亡日: <input type="checkbox"/> 不明 ____ / ____ / ____ 年 月 / 日 / 年		9. 現住所の種類: <input type="checkbox"/> 問題児収容施設 <input type="checkbox"/> 親戚宅 <input type="checkbox"/> 刑務所/勾留施設 <input type="checkbox"/> 認可グループホーム <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (明記する): _____ <input type="checkbox"/> 認可フォスターホーム <input type="checkbox"/> シェルター <input type="checkbox"/> 親類のフォスターホーム <input type="checkbox"/> ホームレス <input type="checkbox"/> 不明	
4. 年齢: <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 不明		6. ヒスパニックまたはラテンアメリカ系 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	
14. 子どもの体重: <input type="checkbox"/> 不明 _____ ポンド		7. 性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明	
16. 最終学歴: <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 高卒/雇用 <input type="checkbox"/> 高卒/非雇用 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> その他 (明記する): _____ <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園 <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> 自宅教育 (K-12) <input type="checkbox"/> 中退/雇用 <input type="checkbox"/> 中退/非雇用		10. 過去30日以内の 新住居 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 11. 住居過密 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	
17. 子どもに不登校歴がある <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		12. 子どもにホームレス歴がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 13. 子どもと同居している他の子供の数: _____ <input type="checkbox"/> 不明	
18. 子どもの健康保険 (当てはまるものすべてにチェックする): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 民間 <input type="checkbox"/> メディケイド <input type="checkbox"/> ステートプラン <input type="checkbox"/> その他 (明記する): _____ <input type="checkbox"/> 不明		19. 子どもに障害または慢性疾患があった <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (当てはまるものすべてにチェックする): <input type="checkbox"/> 身体 (明記する): _____ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 精神 (明記する): _____ <input type="checkbox"/> 知覚 (明記する): _____ <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、子供はChildren's Special Health Care Needs Servicesを受けていた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
20. 子どもに薬物乱用歴があった <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明		21. 死亡に至るインシデント時にアルコールまたは薬物障害であったか <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
「はい」の場合、当てはまるものすべてにチェックする: <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> コカイン <input type="checkbox"/> マリファナ <input type="checkbox"/> メタンフェタミン <input type="checkbox"/> その他のストリートドラッグ <input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品 <input type="checkbox"/> 不明		22. 子どもに児童虐待歴があった 当てはまるものすべてにチェックする: a. 被害者として <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい (身体的) <input type="checkbox"/> はい (ネグレクト) <input type="checkbox"/> はい (性的) <input type="checkbox"/> はい (心理的) <input type="checkbox"/> 不明 b. 加害者として <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい (身体的) <input type="checkbox"/> はい (性的) <input type="checkbox"/> はい (心理的) <input type="checkbox"/> 不明 _____ 児童保護局 (CPS) 報告書数 _____ 立証数 _____	
23. 死亡時に子どもに未解決のCPS ケースがあった <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		24. 子どもは養護施設に入っていたことがある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
25. 子どもの死亡の前に養護施設または養子縁組に兄弟姉妹がいた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (人数) _____		27. 子どもに非行歴または犯罪歴があった <input type="checkbox"/> 該当なし 「はい」の場合、当てはまるものすべてにチェックする: <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 強盗 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> その他 (明記する): _____ <input type="checkbox"/> 不明	
29. 死亡前の2週間間に子どもは急性疾患であった <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明		28. 子どもは少年院にいた <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
30. 子どもの両親は第一世代の移民である <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい. 出身国: _____ <input type="checkbox"/> 不明		31. 子どもが12歳を超える場合、子どもの性別認識は何であったか <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明	
32. 子どもが12歳を超える場合、子供の性的指向は何であったか <input type="checkbox"/> 異性愛者 <input type="checkbox"/> 両性愛者 <input type="checkbox"/> ゲイ <input type="checkbox"/> クエストョニング <input type="checkbox"/> レズビアン <input type="checkbox"/> 不明		33. 在胎時: _____ 週 <input type="checkbox"/> 不明	
34. 出生体重: _____ グラム <input type="checkbox"/> ポンド <input type="checkbox"/> 不明		35. 多胎 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (人数) _____	
36. 出生前訪問回数: _____ <input type="checkbox"/> 不明		37. 初回出生前訪問月: _____ 1-9を明記する: _____ <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 不明	
38. 妊娠中に母親が行ったこと (当てはまるものすべてにチェックする): <input type="checkbox"/> 医学的合併症/感染症 <input type="checkbox"/> 違法薬物の使用 <input type="checkbox"/> 大量のアルコールの摂取 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 乳児は薬物に曝露した状態で誕生したか <input type="checkbox"/> 乳児は胎児性アルコール作用または症候群で誕生したか <input type="checkbox"/> 親しいパートナーによる暴力の経験 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品または処方薬の誤用			

39. 出生前のケアに関連するアクセスまたはコンプライアンスの問題があったか

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 電話がない	<input type="checkbox"/> 育児の不足
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 文化の違い	<input type="checkbox"/> 家族/社会の支援の不足
<input type="checkbox"/> はい (当てはまるものすべてにチェックする) :	<input type="checkbox"/> ケアに対する宗教的な反対	<input type="checkbox"/> サービスが利用不可
<input type="checkbox"/> ケア資金の不足	<input type="checkbox"/> 言葉の壁	<input type="checkbox"/> 医療制度への不信
<input type="checkbox"/> 健康保険適用の制限	<input type="checkbox"/> 専門医への紹介がなされなかった	<input type="checkbox"/> ケアを受けたがらない
<input type="checkbox"/> 調整されていない複数の健康保険	<input type="checkbox"/> 必要な専門家を利用することができなかった	<input type="checkbox"/> 親しいパートナーがケアを許可しない
<input type="checkbox"/> 交通手段の不足	<input type="checkbox"/> 調整されていない複数のケア提供者	<input type="checkbox"/> その他 (明記する) :
		<input type="checkbox"/> 不明

B. 主な世話人に関する情報

1. 主な世話人: (2つまで選択する) a.1 b.2 <input type="checkbox"/> 自分自身の場合は セクションCへ進む <input type="checkbox"/> 実親 <input type="checkbox"/> 養親 <input type="checkbox"/> 継親 <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> 母親のパートナー <input type="checkbox"/> 父親のパートナー <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他の親類 <input type="checkbox"/> 友達 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 (明記する) : <input type="checkbox"/> 不明	3. 世話人の性別 : a.1 b.2 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明	5. 世話人の学歴 : a.1 b.2 <input type="checkbox"/> 高等学校未満 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 不明	9. 過去12ヵ月に世話人が社会福祉サービスを受けたか。当てはまるものすべてにチェックする: a.1 b.2 <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> メディケイド <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> その他 (明記する) :
2. 年齢 (歳) : a.1 b.2 _____ 歳 <input type="checkbox"/> 不明	4. 世話人の雇用状態: a.1 b.2 <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> 失業中 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 不明	7. 世話人は英語を話す a.1 b.2 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合は話す言語: <input type="checkbox"/> _____	10. 世話人に薬物乱用歴がある a.1 b.2 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、当てはまるものすべてにチェックする: <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> コカイン <input type="checkbox"/> マリファナ <input type="checkbox"/> メタンフェタミン <input type="checkbox"/> その他のストリートドラッグ <input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> 一般用医薬品 <input type="checkbox"/> 不明
11. 世話人の児童虐待の被害歴について当てはまるものすべてにチェックする: a.1 b.2 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (身体的虐待) <input type="checkbox"/> はい (ネグレクト) <input type="checkbox"/> はい (性的虐待) <input type="checkbox"/> はい (心理的虐待) <input type="checkbox"/> 不明 _____ 児童保護局 (CPS) _____ 紹介回数 _____ 立証数 <input type="checkbox"/> フォスターケア <input type="checkbox"/> 養子の経験	12. 世話人の児童虐待の加害歴について当てはまるものすべてにチェックする: a.1 b.2 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (身体的虐待) <input type="checkbox"/> はい (ネグレクト) <input type="checkbox"/> はい (性的虐待) <input type="checkbox"/> はい (心理的虐待) <input type="checkbox"/> 不明 _____ 児童保護局 (CPS) 紹介回数 _____ 立証数 <input type="checkbox"/> CPS 予防サービス <input type="checkbox"/> ファミリーリザベーションサービス <input type="checkbox"/> 子供が引き離されたことがある	13. 世話人に心的外傷後ストレス障害の既往がある a.1 b.2 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (状況を記載する) : <input type="checkbox"/> 不明	14. 世話人に子どもの死亡の経験がある a.1 b.2 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合は原因: 当てはまるものすべてにチェックする: a.1 b.2 <input type="checkbox"/> 児童虐待 件数 _____ <input type="checkbox"/> ネグレクト 件数 _____ <input type="checkbox"/> 事故 件数 _____ <input type="checkbox"/> 自殺 件数 _____ <input type="checkbox"/> SIDS 件数 _____ <input type="checkbox"/> その他 件数 _____ 明記する: <input type="checkbox"/> 不明
			15. 世話人の親しいパートナーによる暴力歴について当てはまるものすべてにチェックする: a.1 b.2 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (被害者として) <input type="checkbox"/> はい (加害者として) <input type="checkbox"/> 不明
			16. 世話人に非行歴または犯罪歴がある a.1 b.2 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、当てはまるものすべてにチェックする: <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 強盗 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> その他 (明記する) : <input type="checkbox"/> 不明

C. 監督者に関する情報

1. 死亡に至るインシデントの時に子どもは監督されていた <input type="checkbox"/> いいえ。発達年齢または状況により不要であった。セクションDに進む。 <input type="checkbox"/> いいえ。ただし必要であった。質問3-15に回答する。 <input type="checkbox"/> はい。質問2-15に回答する。 <input type="checkbox"/> よくわからない。質問3-15に回答する。	3. インシデントの時に監督の責任があった主な人物1つだけ選択する。 <input type="checkbox"/> 実親 <input type="checkbox"/> 養親 <input type="checkbox"/> 継親 <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> 母親のパートナー <input type="checkbox"/> 父親のパートナー <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他の親類 <input type="checkbox"/> 友達 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 病院職員 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> ベビーシッター <input type="checkbox"/> 有資格チャイルドケアワーカー <input type="checkbox"/> その他 (明記する) :	4. 監督者の年齢 (歳) : _____ <input type="checkbox"/> 不明
2. 監督者が最後に子どもを見てからインシデントが発生するまでどれだけの時間があったか1つをチェックする。 <input type="checkbox"/> 監督者の視界にあった <input type="checkbox"/> 日 _____ 分 _____ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 時間 _____	5. 監督者の性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 女性	6. 監督者は前のセクションに挙げた人である <input type="checkbox"/> いいえ。次の質問に進む。 <input type="checkbox"/> はい。質問15に進む。

<p>7. 監督者は英語を話すか <input type="checkbox"/> いいえ。話す言語： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>8. 監督者は兵役従事中か <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい。部署を明記： <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>10. 監督者に児童虐待歴があったか a. 被害者として b. 加害者として (当てはまるものすべてにチェックする) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(身体的虐待) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(ネグレクト) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(性的虐待) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(心理的虐待) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明 ____ 児童保護局(CPS) 紹介回数 ____ 立証数 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> フォスターケア/養子の経験 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CPS 予防サービス <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ファミリーリハビリテーションサービス <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子供が引き離されたことがある</p>	<p>11. 監督者に心的外傷後ストレス障害の既往がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい(状況を記載する)： 12. 監督者に子どもの死亡経験がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、当てはまるものすべてに チェックする： <input type="checkbox"/> 児童虐待 件数 ____ <input type="checkbox"/> ネグレクト 件数 ____ <input type="checkbox"/> 事故 件数 ____ <input type="checkbox"/> 自殺 件数 ____ <input type="checkbox"/> SIDS 件数 ____ <input type="checkbox"/> その他(明記する)： 件数 ____ <input type="checkbox"/> 不明</p>			
<p>9. 監督者に薬物乱用歴がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、当てはまるものすべてにチェックする： <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他のストリートドラッグ <input type="checkbox"/> コカイン <input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> マリファナ <input type="checkbox"/> 一般用医薬品 <input type="checkbox"/> メタンフェタミン <input type="checkbox"/> 不明</p>						
<p>13. 監督者に親しいパートナーによる 暴力歴があるか 当てはまるものすべてにチェックする： <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(被害者として) <input type="checkbox"/> はい(加害者として) <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>14. 監督者に非行歴または犯罪歴があったか <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、当てはまるものすべてにチェックする： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 強盗 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明</p>		<p>15. インシデント時の監督者(当てはまるものすべてにチェックする)： <input type="checkbox"/> 薬物障害 <input type="checkbox"/> 病気による障害明記： <input type="checkbox"/> アルコール障害 <input type="checkbox"/> 障害による機能障害明記： <input type="checkbox"/> 居眠り <input type="checkbox"/> 注意力散漫 <input type="checkbox"/> 不在 <input type="checkbox"/> その他明記： <input type="checkbox"/> 不明</p>			
<p>D. インシデントに関する情報</p>						
<p>1. 死亡日と異なる場合。 インシデントの日：<input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 不明 ____ / ____ / ____ 月 / 日 / 年 2. インシデントと死亡までの間隔： (数字) ____ 週 ____ 時間 ____ 月 ____ 日 ____ 年 <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>3. インシデントの場所。当てはまるものすべてにチェックする： <input type="checkbox"/> 子ども宅 <input type="checkbox"/> 認可チャイルドケアホーム <input type="checkbox"/> 歩道 <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 親戚宅 <input type="checkbox"/> 非認可チャイルドケアホーム <input type="checkbox"/> 道路 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 友達宅 <input type="checkbox"/> 託児所 <input type="checkbox"/> 私道 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 認可フォスターケアホーム <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他駐車場 <input type="checkbox"/> 親類のフォスターケアホーム <input type="checkbox"/> 仕事場 <input type="checkbox"/> 州または郡立公園 <input type="checkbox"/> 認可グループホーム <input type="checkbox"/> 軍事施設 <input type="checkbox"/> 運動場 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 刑務所/拘留施設 <input type="checkbox"/> その他の娯楽場</p>					
<p>4. 地域の種別： <input type="checkbox"/> 都市 <input type="checkbox"/> 郊外 <input type="checkbox"/> 田舎 <input type="checkbox"/> 辺境地域 <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>5. インシデント州： _____ 6. インシデント郡： _____ <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>7. 911電話 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>8. 救急隊到着前 の心臓蘇生術 の実施 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>9. 救急隊は現場にいたか <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>10. インシデント時の子どもの活動。当 てはまるものすべてにチェックする <input type="checkbox"/> 眠っていた <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 遊んでいた <input type="checkbox"/> 働いていた <input type="checkbox"/> 食事をして <input type="checkbox"/> 運転していた <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>11. インシデントイベント での死亡総数： ____ 子供(0-18歳) ____ 大人 <input type="checkbox"/> 不明</p>
<p>E. 調査に関する情報</p>						
<p>1. 死亡確認： <input type="checkbox"/> 検死医 <input type="checkbox"/> 検視官 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明 2. 正式な死因および経緯を発表した 人物 <input type="checkbox"/> 検死医 <input type="checkbox"/> 検視官 <input type="checkbox"/> 病院医師 <input type="checkbox"/> その他の医師 <input type="checkbox"/> 葬儀屋 <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>3. 剖検の実施 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、実施者： <input type="checkbox"/> 法病理学者 <input type="checkbox"/> 小児病理学者 <input type="checkbox"/> 一般病理学者 <input type="checkbox"/> 病理学者(不明) <input type="checkbox"/> その他の医師 <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>4. 現場検証を実施した機関。 当てはまるものすべてにチェックする： <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検死医 <input type="checkbox"/> 検視官 <input type="checkbox"/> 検死医調査官 <input type="checkbox"/> 検視官調査官 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 火災調査官 <input type="checkbox"/> 救急医療班 <input type="checkbox"/> 児童保護局 <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>5. 毒性学的スクリーニングの実施 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (当てはまるものすべてにチェックする)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> コカイン <input type="checkbox"/> マリファナ <input type="checkbox"/> メタンフェタミン <input type="checkbox"/> その他のストリートドラッグ。明記： <input type="checkbox"/> 大量の処方薬。明記： <input type="checkbox"/> 大量の一般用医薬品。明記： <input type="checkbox"/> 結果不明</p>			
<p>6. X線撮影 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい 7. 死亡の結果。CPSレコードチェッ クの実施 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい</p>	<p>8. 調査による過去の虐待のエビデ ンスの発見 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい(当てはまるもの すべてにチェックする)： <input type="checkbox"/> X線から <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 剖検から <input type="checkbox"/> CPSレビューから</p>	<p>9. 死亡により譲られたCPSの措置 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい(当てはまるものすべてにチェックする)： <input type="checkbox"/> ケースのスクリーンアウト <input type="checkbox"/> 子供の引き離し <input type="checkbox"/> 予防サービスの拒否 <input type="checkbox"/> 親権停止 <input type="checkbox"/> 予防サービスの提供 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 虐待の実証</p>				

F. 正式な死の経緯および主因

1. 死亡証明書上の正式な死の経緯：
 自然
 事故
 自殺
 殺人
 未確認
 未決定
 不明

2. 死の主因。1つだけ選択する。未決定の場合は最も考えられる原因を選択する。

傷害（外的）の原因から1つを選択する：
 自動車等の乗り物の場合はG1に進む。
 火災、火傷または感電死の場合はG2に進む。
 溺死の場合はG3に進む。
 窒息死または絞殺死の場合はG4に進む。
 武器（身体部分を含む）の場合はG6に進む。
 動物による咬傷または攻撃。G7に進む。
 転落または衝突。G8に進む。
 中毒。G9に進む。
 曝露。G10に進む。
 未確認。1歳未満の場合はG5とG12に進む。1歳以上の場合はG12に進む。
 その他。G12に進む。
 不明。G12に進む。

医学的原因から1つを選択する：
 喘息。G11に進む。
 癌。G11に進む。
 心血管疾患。G11に進む。
 先天異常。G11に進む。
 HIV/AIDS。G11に進む。
 インフルエンザ。G11に進む。
 低出生体重。G11に進む。
 栄養失調/脱水。G11に進む。
 神経/発作障害。G11に進む。
 肺炎。G11に進む。
 早産児。G11に進む。
 SIDS。G5に進む。
 その他の感染症（明記する）。G11に進む。
 その他の周産期症状（明記する）。G11に進む。
 その他の医学的症状（明記する）。G11に進む。
 未確認。1歳未満の場合はG5とG11に進む。1歳以上の場合はG11に進む。
 不明。1歳未満の場合はG5とG11に進む。1歳以上の場合はG11に進む。

G. 死因別の詳細情報：上で選択した死因に適合するセクションを1つだけ選択する

1. 自動車等の乗り物

a. インシデントに関与した乗り物：
 乗り物の総数：
 1. 子どもの 2. その他の
 乗り物 主要な乗り物
 なし
 自動車
 バン
 スポーツ多目的車
 ट्रック
 セミ/トラクタートレーラー
 RV
 スクールバス
 その他のバス
 オートバイ
 トラクター
 その他の農業用車
 全地形対応車
 スノーモービル
 自転車
 電車
 地下鉄
 トロリー
 その他（明記する）：
 不明

c. インシデントの原因。当てはまるものすべてにチェックする：
 スピードの出し過ぎ
 状況に対して安全でないスピード
 無謀
 一時停止標識/信号無視
 運転者の注意散漫
 運転者の経験不足
 機械的故障
 タイヤ不良
 天候不良
 視界不良
 薬物またはアルコールの使用
 疲労/居眠り
 医学的事象。明記：
 後方発生
 視線の角度が悪い
 車線変更
 交通災害
 道路の動物
 運転中の携帯電話の使用
 非公認のレース
 その他の運転者のミス。明記：
 その他（明記する）：
 不明

f. インシデントの場所。当てはまるものすべてにチェックする：
 市街道路
 私道
 住宅地街路
 駐車場
 田舎道
 オフロード
 高速道路
 踏切/線路
 交差点
 その他（明記する）：
 路肩
 歩道
 不明

g. インシデントに関与した運転者。当てはまるものすべてにチェックする。
 1. 運転者で ある子供 2. 子どもの 3. 他の主要な乗り物の 運転者

ある子供	運転者	運転者	運転者の年齢
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	インシデントの発生の責任
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アルコール/薬物障害
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無免許
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有効な免許所持
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	段階的免許ではないフル免許所持
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	免許停止
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	段階的免許所持
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	段階的免許規則の違反：
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間運転禁止
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乗員制限
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	必要な監督なしでの運転
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他（明記する）：

b. 子どもの場所：
 運転者
 乗員
 前部座席
 後部座席
 トラックの荷台
 その他（明記する）：
 不明
 自転車
 歩行者
 歩行中
 スケートボード/ローラーブレード中
 その他（明記する）：
 不明

d. 衝突の種類：
 子どもは車に乗っていなかったが衝突された
 子どもは車に乗っていて他の車に衝突された
 子どもが乗っていた車が他の車に衝突した
 子どもが乗っていた車が人または物に衝突した
 その他（明記する）：
 不明

e. 運転条件。当てはまるものすべてにチェックする：
 正常
 工事区間
 ゆるい砂利道
 不十分な照明
 ぬかるみ
 その他（明記する）：
 凍結/雪
 霧
 不明
 ウエット

h. 車両の乗員の総数：
 1. 子どもが車両内にいた場合は、子供を含めた人数：
 該当なし
 乗員の総数： _____ 不明
 10代（14-21）の人数： _____ 不明
 死亡者の総数： _____ 不明
 10代の死亡者の総数： _____ 不明
 2. インシデントに関与したその他の主要車両内
 該当なし
 乗員の総数： _____ 不明
 10代（14-21）の人数： _____ 不明
 死亡者の総数： _____ 不明
 10代の死亡者の総数： _____ 不明

i. 子どもに対する保護手段。当てはまるものすべてにチェックする：	a. 必要なし	b. 必要であったが	c. 存在し正しく	d. 存在し正しく	e. 存在し使用	f. 不明
ものすべてにチェックする：		存在しなかった	使用された	使用されなかった	されなかった	
エアバッグ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膝ベルト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肩ベルト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
後ろ向き設置チャイルドシート	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
前向き設置チャイルドシート	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ベルトポジションブースターシート	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヘルメット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（明記する）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 火災、火傷または感電死														
a. 着火源、熱源または感電源			b. インシデントの種類											
<input type="checkbox"/> マッチ <input type="checkbox"/> 煙草のライター <input type="checkbox"/> ユーティリティライター <input type="checkbox"/> 煙草または葉巻 <input type="checkbox"/> ろうそく <input type="checkbox"/> 調理用コンロ			<input type="checkbox"/> 暖房用ストーブ <input type="checkbox"/> スペースヒーター <input type="checkbox"/> 暖房炉 <input type="checkbox"/> 電力線 <input type="checkbox"/> 電気コンセント <input type="checkbox"/> 電気配線			<input type="checkbox"/> 照明 <input type="checkbox"/> 酸素タンク <input type="checkbox"/> 調理用の湯 <input type="checkbox"/> 風呂の湯 <input type="checkbox"/> その他の熱い液体（明記する）： <input type="checkbox"/> 花火			<input type="checkbox"/> その他の爆発物 <input type="checkbox"/> 水中の器具 <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明			<input type="checkbox"/> 火災。cに進む。 <input type="checkbox"/> 熱湯・湯気による火傷。dに進む。 <input type="checkbox"/> その他の火傷。tに進む。 <input type="checkbox"/> 感電。sに進む。 <input type="checkbox"/> その他（明記する）。tに進む： <input type="checkbox"/> 不明。tに進む。		
c. 火災により子どもが死亡した場合は1つだけ選択する：		d. 着火物：		e. 火災した建物の種類：		f. 建物の主な建設材料：								
<input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 煙の吸い込み <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 室内装飾物 <input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> クリスマツツリー <input type="checkbox"/> 衣服 <input type="checkbox"/> カーテン <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 重層型アパート <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> トレーラー／移動住宅 <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 鉄鋼 <input type="checkbox"/> 煉瓦／石 <input type="checkbox"/> アルミニウム <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明								
g. 人的火災		h. 消火を試みた者がいる		k. 障害物により無事に脱出することができなかった										
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい。年齢 _____ 放火歴がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（当てはまるものすべてにチェックする）： <input type="checkbox"/> 施錠されたドア <input type="checkbox"/> 窓の鉄格子 <input type="checkbox"/> 施錠された窓										
		i. 脱出または救出行動による火災の悪化		l. 建物は賃貸不動産であった		m. 建築基準／賃貸法に違反していた								
		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 階段の閉鎖 <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明								
		j. 何らかの要因により消防隊の到着が遅れた		n. 消火器があった		p. 煙探知機があった								
		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい								
o. スプリンクラー装置があった		「はい」の場合は探知機の種類および数量を記入する。当てはまるものすべてにチェックする：		q. 放火の疑い										
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合、作動した <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 着脱式電池 <input type="checkbox"/> 紛失電池 _____ <input type="checkbox"/> 作動しなかったその他の理由 _____ <input type="checkbox"/> 非着脱式電池 <input type="checkbox"/> 紛失電池 _____ <input type="checkbox"/> 作動しなかったその他の理由 _____ <input type="checkbox"/> 配線接続 _____ <input type="checkbox"/> 作動しない _____ <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい										
				r. 熱湯・湯気による火傷の場合、給湯器の設定が高すぎた										
				<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい。設定温度： <input type="checkbox"/> 不明										
				t. その他（詳しく記載する）： <input type="checkbox"/> 不明。mに進む。										

3. 溺死							
a. 溺死の直前に子どもがいた場所当てはまるものすべてにチェックする：		b. 溺死前の行動：1つだけ選択する。		c. 子どもは力づくで水に沈められた		e. 開放水面の場合は場所：	
<input type="checkbox"/> 水中 <input type="checkbox"/> 開放水面の近く <input type="checkbox"/> 海岸 <input type="checkbox"/> 岸壁 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> プールサイド <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 水の近くで遊んでいた <input type="checkbox"/> ボートに乗っていた <input type="checkbox"/> 泳いでいた <input type="checkbox"/> 入浴していた <input type="checkbox"/> 釣りをしていた <input type="checkbox"/> サーフィンをしていた <input type="checkbox"/> タイヤのチューブに乗って遊んでいた <input type="checkbox"/> 水上スキーをしていた <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 湖 <input type="checkbox"/> 川 <input type="checkbox"/> 池 <input type="checkbox"/> 小川 <input type="checkbox"/> 海 <input type="checkbox"/> 磯石場 <input type="checkbox"/> 砂利採取場 <input type="checkbox"/> 運河 <input type="checkbox"/> 不明	
				d. 溺死の場所：		f. 原因となった環境的要因：	
				<input type="checkbox"/> 開放水面。eに進む。 <input type="checkbox"/> プール。温水浴槽、温泉。iに進む。 <input type="checkbox"/> バスタブ。viに進む。 <input type="checkbox"/> バケツ。wiに進む。 <input type="checkbox"/> 井戸／貯水池／浄化槽。miに進む。 <input type="checkbox"/> トイレ。yiに進む。 <input type="checkbox"/> その他（明記する）。miに進む： <input type="checkbox"/> 不明。miに進む。		<input type="checkbox"/> 天候 <input type="checkbox"/> 温度 <input type="checkbox"/> 流れ <input type="checkbox"/> 離岸流 <input type="checkbox"/> 急斜面 <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> 不明	

<p>g. ボートに乗っていた場合はボートの種類</p> <input type="checkbox"/> 帆船 <input type="checkbox"/> ジェットスキー <input type="checkbox"/> モーターボート <input type="checkbox"/> カヌー <input type="checkbox"/> カヤック <input type="checkbox"/> いかだ <input type="checkbox"/> 商業用ボート <input type="checkbox"/> その他 (明記する) : <input type="checkbox"/> 不明	<p>i. プールの場合はプールの種類 :</p> <input type="checkbox"/> 地上 <input type="checkbox"/> 地中 <input type="checkbox"/> ビニールプール <input type="checkbox"/> 温水浴槽、温泉 <input type="checkbox"/> 不明	<p>1. 救命具の使用</p> <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、種類 : (当てはまるものすべてにチェックする) <input type="checkbox"/> 沿岸警備隊承認 <input type="checkbox"/> ジャケット 正しいサイズ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 正しい着用 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 救命リング <input type="checkbox"/> 沿岸警備隊非承認 <input type="checkbox"/> 浮き輪 <input type="checkbox"/> その他 (明記する) : <input type="checkbox"/> インナーチューブ <input type="checkbox"/> エアマットレス <input type="checkbox"/> 不明	
<p>h. ボートに乗っていた場合は子どもがボートを操縦していたか</p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	<p>j. プールの場合は子供が発見された場所 :</p> <input type="checkbox"/> プール、温水浴槽または温泉の中 <input type="checkbox"/> カバーの上または下 <input type="checkbox"/> 不明		
<p>m. 水に近づくことを予防するために存在した防護壁/層</p> <p>当てはまるものすべてにチェックする :</p> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ゲート。oに進む。 <input type="checkbox"/> カバー。lに進む。 <input type="checkbox"/> フェンス。nに進む。 <input type="checkbox"/> ドア。pに進む。 <input type="checkbox"/> 不明	<p>n. フェンス :</p> <p>種類を記載する : フェンスの高さ (フィート) _____</p> <p>水を囲んだフェンス : <input type="checkbox"/> 四方 <input type="checkbox"/> 二方 <input type="checkbox"/> 三方 <input type="checkbox"/> 不明</p>		
<p>o. ゲート。当てはまるものすべてにチェックする :</p> <input type="checkbox"/> 自動閉鎖式ラッチ <input type="checkbox"/> 二重ゲート <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 鍵付き <input type="checkbox"/> 水に向かって開かれている <p>p. ドア。当てはまるものすべてにチェックする</p> <input type="checkbox"/> パティオドア <input type="checkbox"/> 鍵付き <input type="checkbox"/> スクリーンドア <input type="checkbox"/> 水に向かって開かれている <input type="checkbox"/> スチールドア <input type="checkbox"/> ドアと水の間に障壁 <input type="checkbox"/> 自動閉鎖式 <input type="checkbox"/> 不明	<p>q. 警報。</p> <p>当てはまるものすべてにチェックする</p> <input type="checkbox"/> ドア <input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> プール <input type="checkbox"/> レーザー <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不明	<p>r. カバーの種類</p> <input type="checkbox"/> ハード <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> 不明 <p>s. 地方条例によるアクセスの規制</p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合は規則違反か <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	
<p>t. 防護層はどのように破られたか。当てはまるものすべてにチェックする :</p> <input type="checkbox"/> 破られた層はなかった <input type="checkbox"/> ゲートに隙間があった <input type="checkbox"/> フェンスが低すぎた <input type="checkbox"/> ドアのスクリーンが裂けていた <input type="checkbox"/> 警報が作動しなかった <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ゲートは開いたままであった <input type="checkbox"/> フェンスに登った <input type="checkbox"/> ドアが開いたままであった <input type="checkbox"/> F7の閉鎖量が十分でなかった <input type="checkbox"/> 警報への対応がなかった (明記する) : <input type="checkbox"/> ゲートは未施錠であった <input type="checkbox"/> フェンスに隙間があった <input type="checkbox"/> ドアが未施錠であった <input type="checkbox"/> 窓が開いたままであった <input type="checkbox"/> カバーが外されたままになっていた <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ゲートのラッチが十分でなかった <input type="checkbox"/> フェンスが壊れていた <input type="checkbox"/> ドアが壊れていた <input type="checkbox"/> 窓のスクリーンが裂けていた <input type="checkbox"/> カバーが未施錠であった			
<p>u. 子どもは泳げた</p> <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	<p>w. 警告のサインまたはラベルが掲示されていた</p> <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	<p>y. 救助の試みがなされた</p> <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、誰であったか当てはまるものすべてにチェックする : <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他 (明記する) : <input type="checkbox"/> 他の子供 <input type="checkbox"/> 監視員 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 目撃者	<p>z. 救助者も溺死した</p> <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 _____ 人数 <p>a. 適切な救助装置が存在した</p> <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
<p>4. 窒息死または絞扼死</p>			
<p>a. 窒息死の原因となった行為。1つだけ選択する :</p> <input type="checkbox"/> 寝具類または製品における窒息または就寝環境の上掛けによる窒息。 セクションH11にも回答する。 <input type="checkbox"/> 絞扼。当てはまるものすべてにチェックする : <input type="checkbox"/> 衣服 <input type="checkbox"/> ブラインドコード <input type="checkbox"/> カーシート <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 幼児用高椅子 <input type="checkbox"/> ベルト <input type="checkbox"/> ロープ/ひも <input type="checkbox"/> 鎖 <input type="checkbox"/> 電気コード <input type="checkbox"/> 人。 質問G6qに回答する。 <input type="checkbox"/> その他 (明記する) : <input type="checkbox"/> 不明		<p>b. 発作の既往がある</p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合、回数 「はい」の場合、目撃者がいた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <p>c. 無呼吸の既往があるか</p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合、回数 「はい」の場合、目撃者がいたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <p>d. ハイムリック操作が試みられたか</p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	

5. 1歳未満のSIDSと不審死				
a. 子どもは受動喫煙に曝露されたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合は頻度 <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時折 <input type="checkbox"/> 不明	b. 子どもはオーバーヒートされた状態であったか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、外気温(°F) _____ 当てはまるものすべてにチェックする: <input type="checkbox"/> 高すぎる室温(°F) _____ <input type="checkbox"/> 多すぎる寝具類 <input type="checkbox"/> 多すぎる衣類	c. 発作の既往があった <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 「はい」の場合、回数 _____ 「はい」の場合、目撃者がいた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	d. 無呼吸の既往があった <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 「はい」の場合、回数 _____ 「はい」の場合、目撃者がいた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
e. SIDSの場合にはP9のセクションHに進む。乳児への傷害の原因が未確認の場合にはP9のG12も記入し、それからセクションHに進む。乳児への傷害の医学的原因が未確認または不明の場合にはP8のG11も記入し、それからセクションHに進む。				
6. 武器(身体部分含む)				
a. 武器の種類: <input type="checkbox"/> 火器。bに進む。 <input type="checkbox"/> 鋭利な器具。jに進む。 <input type="checkbox"/> 鈍器。kに進む。 <input type="checkbox"/> 人の身体部分。lに進む <input type="checkbox"/> 爆発物。mに進む。 <input type="checkbox"/> ロープ。mに進む。 <input type="checkbox"/> パイプ。mに進む。 <input type="checkbox"/> 生物。mに進む。 <input type="checkbox"/> その他(明記する)。 mに進む: <input type="checkbox"/> 不明。mに進む。	b. 火器の場合には種類: <input type="checkbox"/> 拳銃 <input type="checkbox"/> 散弾銃 <input type="checkbox"/> BB銃 <input type="checkbox"/> 猟銃 <input type="checkbox"/> 突撃銃 <input type="checkbox"/> 空気銃 <input type="checkbox"/> 銃身の短い散弾銃 <input type="checkbox"/> その他(明記する): <input type="checkbox"/> 不明	d. 火器の安全機能。当てはまるものすべてに チェックする: <input type="checkbox"/> トリガーロック <input type="checkbox"/> パーソナルデバイス <input type="checkbox"/> 外部安全性/落下安全性 <input type="checkbox"/> 薬室装填インジケータ <input type="checkbox"/> マガジンディスコネクト <input type="checkbox"/> 最低トリガープル <input type="checkbox"/> その他(明記する): <input type="checkbox"/> 不明	e. 火器の保管場所: <input type="checkbox"/> 保管していない <input type="checkbox"/> 鍵のかかったキャビネット <input type="checkbox"/> 鍵のかかっていないキャビネット <input type="checkbox"/> グローブボックス <input type="checkbox"/> マットレス/枕の下 <input type="checkbox"/> その他(明記する): <input type="checkbox"/> 不明	
h. 死をもたらした火器の所有者: <input type="checkbox"/> 不明、盗まれた武器 <input type="checkbox"/> 不明、発見した武器 <input type="checkbox"/> 自分自身 <input type="checkbox"/> 実親 <input type="checkbox"/> 養親 <input type="checkbox"/> 継親 <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> 母親のパートナー	<input type="checkbox"/> 父親のパートナー <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> 祖父父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他の親類 <input type="checkbox"/> 友達 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 子供の男友達/女友達 <input type="checkbox"/> クラスメイト	i. 死をもたらした 火器の所有者の 性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明	j. 鋭利物の種類: <input type="checkbox"/> 包丁 <input type="checkbox"/> 飛び出しナイフ <input type="checkbox"/> ポケットナイフ <input type="checkbox"/> かみそり <input type="checkbox"/> 狩猟用ナイフ <input type="checkbox"/> はさみ <input type="checkbox"/> その他(明記する): <input type="checkbox"/> 不明	k. 鈍器の種類: <input type="checkbox"/> バット <input type="checkbox"/> 棍棒 <input type="checkbox"/> 棒 <input type="checkbox"/> ハンマー <input type="checkbox"/> 岩 <input type="checkbox"/> 家庭用品 <input type="checkbox"/> その他(明記する): <input type="checkbox"/> 不明
l. 身体部分で何をやったか。 当てはまるものすべてにチェックする: <input type="checkbox"/> 叩く <input type="checkbox"/> 落とす <input type="checkbox"/> 蹴る <input type="checkbox"/> 殴る <input type="checkbox"/> 押す <input type="checkbox"/> 噛む <input type="checkbox"/> 揺さぶる <input type="checkbox"/> 絞殺する <input type="checkbox"/> 投げつける <input type="checkbox"/> 溺れさせる <input type="checkbox"/> 火傷させる <input type="checkbox"/> その他(明記する): <input type="checkbox"/> 不明	m. 武器を使った人物に同じような 犯罪歴があった <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	n. 子どもの家族の中に武器による 犯罪歴または武器に関連する 原因による死亡歴がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(状況を記載する) <input type="checkbox"/> 不明	o. インシデント時に武器を扱っていた人物。当てはまるものすべてにチェックする: 1. 死亡 2. その他の武器 <input type="checkbox"/> 自分自身 <input type="checkbox"/> 実親 <input type="checkbox"/> 養親 <input type="checkbox"/> 継親 <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> 母親のパートナー <input type="checkbox"/> 父親のパートナー <input type="checkbox"/> 祖父父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他の親類	p. 武器を扱っていた 人物の性別 死をもたらした武器 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明 その他の武器 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明
q. 武器使用時(当てはまるものすべてにチェックする) <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 犯罪の遂行 <input type="checkbox"/> 走行中の車からの発砲 <input type="checkbox"/> 無差別暴力 <input type="checkbox"/> 子供は目撃者であった <input type="checkbox"/> 言い争い <input type="checkbox"/> 嫉妬 <input type="checkbox"/> 親しいパートナーによる暴力 <input type="checkbox"/> 憎悪犯罪 <input type="checkbox"/> いじめ <input type="checkbox"/> ターゲット射撃 <input type="checkbox"/> 武器のいたずら <input type="checkbox"/> 武器をおもちゃと誤解 <input type="checkbox"/> 他人への銃の披露 <input type="checkbox"/> ロシアンルーレット <input type="checkbox"/> ギャングに関連する活動 <input type="checkbox"/> 自己防衛 <input type="checkbox"/> 武器の清掃 <input type="checkbox"/> 武器の装填 <input type="checkbox"/> 犯罪犠牲者を支援する介入者(例、よきサマリヤ人) <input type="checkbox"/> その他(明記する): <input type="checkbox"/> 不明				
7. 動物による咬傷または攻撃				
a. 動物の種類: <input type="checkbox"/> 飼い犬 <input type="checkbox"/> 飼い猫 <input type="checkbox"/> 蛇 <input type="checkbox"/> 野生の哺乳類(明記する): <input type="checkbox"/> その他(明記する): <input type="checkbox"/> 不明	b. 子どもへの動物の接近(当てはまるものすべてにチェックする) <input type="checkbox"/> 鎖につながれた動物 <input type="checkbox"/> 檻またはフェンス内の動物 <input type="checkbox"/> 子供が手を入れた <input type="checkbox"/> 子供が動物のいる場所 に入った <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 動物が檻から逃げたか鎖を外した <input type="checkbox"/> 動物が檻に入れられていなかった /鎖につながれていなかった <input type="checkbox"/> 不明	c. 子どもが動物を刺激した <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(明記する): <input type="checkbox"/> 不明	d. 動物に咬みつき/攻撃歴 がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	

8. 転落または衝突			
a. 種類： <input type="checkbox"/> 転落。b)に進む。 <input type="checkbox"/> 衝突。h)に進む。		b. 転落の高さ： <input type="checkbox"/> 不明 —— フィート —— インチ	
c. 子どもが転落した場所： <input type="checkbox"/> 開いている窓 <input type="checkbox"/> スクリーンあり <input type="checkbox"/> スクリーンなし <input type="checkbox"/> スクリーンの有無に 關して不明 <input type="checkbox"/> 自然に隆起した場所 <input type="checkbox"/> 人工的に隆起した場所 <input type="checkbox"/> 遊具 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 階段/段		d. 子どもの落下面： <input type="checkbox"/> セメント/コンクリート <input type="checkbox"/> 草 <input type="checkbox"/> 砂利 <input type="checkbox"/> 木の床 <input type="checkbox"/> カーベットが敷かれた床 <input type="checkbox"/> リノリウム/ビニール <input type="checkbox"/> 大理石/タイル <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明	
		e. 障壁の配置。 当てはまるものすべてにチェックする： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> その他の窓ガード <input type="checkbox"/> フェンス <input type="checkbox"/> レール <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> ゲート <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明	
		f. 子どもは幼児用歩行者に入っていたか <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
		g. 子どもは押された/落とされた/投げられたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい。P7の質問G6qに回答する。	
h. 衝突の場合には子どもがしたこと： <input type="checkbox"/> 物に登る <input type="checkbox"/> 物を引き下ろす <input type="checkbox"/> 物に隠れる <input type="checkbox"/> 物の後ろを通る <input type="checkbox"/> 物から落ちる <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明		i. 衝突の場合には衝突の原因となった物： <input type="checkbox"/> 電気器具 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 家具 <input type="checkbox"/> 壁 <input type="checkbox"/> 遊具 <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 木の枝 <input type="checkbox"/> 玉石/岩 <input type="checkbox"/> 土/砂 <input type="checkbox"/> 人。P7の質問G6qに回答する。 <input type="checkbox"/> 業務用機器 <input type="checkbox"/> 農業用機器 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 後方発生 <input type="checkbox"/> ロールオーバー(横転) <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明	
9. 中毒			
a. 関与する毒の種類(当てはまるものすべてにチェックする) 処方薬： <input type="checkbox"/> 抗鬱薬 <input type="checkbox"/> 血圧薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め(オピオイド) <input type="checkbox"/> 痛み止め(非オピオイド) <input type="checkbox"/> メタドン <input type="checkbox"/> 心臓薬 <input type="checkbox"/> その他(明記する)： 一般用医薬品： <input type="checkbox"/> ダイエットビル <input type="checkbox"/> 興奮薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 子ども用ビタミン <input type="checkbox"/> 鉄サプリメント <input type="checkbox"/> その他のビタミン <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 化粧品/パーソナルケア製品 <input type="checkbox"/> 不明		b. 毒物の保管場所 <input type="checkbox"/> オープンエリア <input type="checkbox"/> オープンキャビネット <input type="checkbox"/> 鍵のかかっていないクローズドキャビネット <input type="checkbox"/> 鍵のかかったクローズドキャビネット <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明 c. 製品は元々の容器に入っていたか <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 d. 容器にチャイルドブルーフキャップが付いていたか <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 e. 処方薬の場合、子ども用であったか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 f. 中毒の原因 <input type="checkbox"/> 過失による過量摂取 <input type="checkbox"/> 医学的治療ミス <input type="checkbox"/> 過量摂取ではなく副作用 <input type="checkbox"/> 計画的中毒	
		g. 毒物管理に電話をかけたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合、電話をかけた人物： <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他の世話人 <input type="checkbox"/> 最初の応答者 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明 h. CO中毒の場合には、CO検出器が存在した <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合、数量—— 正しく機能したか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい	
10. 環境曝露			
a. 状況。当てはまるものすべてにチェックする： <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 車の中に放置 <input type="checkbox"/> 室内に放置 <input type="checkbox"/> 水の中に浸漬 <input type="checkbox"/> 戸外で怪我 <input type="checkbox"/> 戸外で行方不明 <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> 不明		b. 曝露の状態： <input type="checkbox"/> 高体温 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 不明 —— 外界温度(°F)	
		c. 時間 曝露：—— <input type="checkbox"/> 不明	
		d. 着衣は適切であった <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい	
11. 医学的症状			
a. 子どもに医学的症状があった期間 <input type="checkbox"/> 誕生以来 <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 不明		b. 医学的症状の結果として 死亡が予測された <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ただし後になって <input type="checkbox"/> 不明	
		c. 子どもは医学的症状に対して 健康管理を受けていた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 死亡の48時間以内 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	
		d. 子ども/家族は処方されたケアプランを遵守したか <input type="checkbox"/> いいえ(当てはまるものすべてにチェックする)： <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 薬物(明記する)： <input type="checkbox"/> 医療機器の使用(明記する)： <input type="checkbox"/> 治療(明記する)： <input type="checkbox"/> その他(明記する)： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	

<p>e. 処方されたケアプランは医学的症状に適していたか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>h. 死亡に関連するコンプライアンスまたはアクセスの問題があった</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> はい (当てはまるものすべてにチェックする) :</p> <p><input type="checkbox"/> ケア資金の不足</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険適用の制限</p> <p><input type="checkbox"/> 調整されていない複数の健康保険</p> <p><input type="checkbox"/> 交通手段の不足</p> <p><input type="checkbox"/> 電話がない</p> <p><input type="checkbox"/> 文化の違い</p> <p><input type="checkbox"/> ケアに対する宗教的な反対</p> <p><input type="checkbox"/> 言葉の壁</p> <p><input type="checkbox"/> 専門医への紹介がなされなかった</p> <p><input type="checkbox"/> 必要な専門家を利用することができなかった</p> <p><input type="checkbox"/> 調整されていない複数のケア提供者</p> <p><input type="checkbox"/> 育児の不足</p> <p><input type="checkbox"/> 家族/社会の支援の不足</p> <p><input type="checkbox"/> サービスが利用不可</p> <p><input type="checkbox"/> 世話人の医療制度の不信</p> <p><input type="checkbox"/> ケアの提供において未熟な世話人</p> <p><input type="checkbox"/> ケアを提供したくない世話人</p> <p><input type="checkbox"/> 世話人のパートナーがケアを許さない</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>
<p>f. 子どもの予防接種スケジュールは最新のものであったか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	
<p>g. 医学的症状は集団発生に関連していた</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	

12. その他の原因および未確認の原因または経緯

原因を明記し、詳しく記載する:

H. その他のインシデントの状況—関連するセクションに回答する

1. 子どもが就寝中または就寝環境にあるときに発生した死亡

いいえ、HSIに進む。

はい 不明

<p>a. インシデントが発生した寝場所:</p> <p><input type="checkbox"/> ベビーベッド</p> <p><input type="checkbox"/> バシネット</p> <p><input type="checkbox"/> ツインマットレス</p> <p><input type="checkbox"/> フルサイズマットレス</p> <p><input type="checkbox"/> ウォーターベッド</p> <p><input type="checkbox"/> ベビーサークル</p> <p><input type="checkbox"/> 長椅子</p> <p><input type="checkbox"/> 椅子</p> <p><input type="checkbox"/> 床</p> <p><input type="checkbox"/> カーシート/歩行器</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>d. 通常の寝場所:</p> <p><input type="checkbox"/> ベビーベッド</p> <p><input type="checkbox"/> バシネット</p> <p><input type="checkbox"/> ツインマットレス</p> <p><input type="checkbox"/> フルサイズマットレス</p> <p><input type="checkbox"/> ウォーターベッド</p> <p><input type="checkbox"/> ベビーサークル</p> <p><input type="checkbox"/> 長椅子</p> <p><input type="checkbox"/> 椅子</p> <p><input type="checkbox"/> 床</p> <p><input type="checkbox"/> カーシート/歩行器</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>g. 子どもが発見されたときの姿勢および位置:</p> <p>子どもは次の状態で発見された: (一つをチェックする)</p> <p><input type="checkbox"/> 顔および体をふさがれていない状態で</p> <p><input type="checkbox"/> 下</p> <p><input type="checkbox"/> 間</p> <p><input type="checkbox"/> 押し込められて</p> <p><input type="checkbox"/> 押し付けられて</p> <p><input type="checkbox"/> 落ちて/転がって</p> <p><input type="checkbox"/> 巻き込まれて</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p> <p>物または場所 (当てはまるものすべてにチェックする)</p> <p><input type="checkbox"/> 大人</p> <p><input type="checkbox"/> 子供</p> <p><input type="checkbox"/> 動物</p> <p><input type="checkbox"/> 毛布</p> <p><input type="checkbox"/> 枕</p> <p><input type="checkbox"/> 掛け布団</p> <p><input type="checkbox"/> マットレス。種類を明記する:</p> <p><input type="checkbox"/> ウォーターベッドマットレス</p> <p><input type="checkbox"/> ベビーベッドのレール</p> <p><input type="checkbox"/> 長椅子</p> <p><input type="checkbox"/> 椅子。種類:</p> <p><input type="checkbox"/> カーシート/歩行器</p> <p><input type="checkbox"/> めいぐるみ</p> <p><input type="checkbox"/> その他のおもちゃ (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 衣服</p> <p><input type="checkbox"/> コード</p> <p><input type="checkbox"/> ビニール袋</p> <p><input type="checkbox"/> その他のビニール (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>h. 子どもは授乳中に眠ったか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 哺乳瓶</p> <p><input type="checkbox"/> 母乳</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p> <p>i. 子どもは人または動物と同じ面で眠っていた。当てはまるものすべてにチェックする:</p> <p><input type="checkbox"/> 大人と:</p> <p>人数: _____ <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>肥満の大人:</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 他の子どもと:</p> <p>人数: _____ <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>年齢:</p> <p><input type="checkbox"/> 動物と:</p> <p>数: _____ <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>種類:</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>
<p>b. 子どもが眠ったときの姿勢:</p> <p><input type="checkbox"/> 仰向け</p> <p><input type="checkbox"/> うつ伏せ</p> <p><input type="checkbox"/> 横向き</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>e. 通常の睡眠姿勢:</p> <p><input type="checkbox"/> 仰向け</p> <p><input type="checkbox"/> うつ伏せ</p> <p><input type="checkbox"/> 横向き</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>		
<p>c. 子どもが発見された時の姿勢:</p> <p><input type="checkbox"/> 仰向け</p> <p><input type="checkbox"/> うつ伏せ</p> <p><input type="checkbox"/> 横向き</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>f. 子どもは新しい環境にいたか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい (明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>		

2. 消費製品の問題の結果としての死亡

いいえ、HSIに進む。

はい 不明

<p>a. 製品を記載する:</p>	<p>b. 製品は正しく使用されたか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>c. リコールの実施</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>d. 製品に適切な安全ラベルが貼られていたか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>e. 消費者製品安全委員会に届け出たか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ。1-800-638-2772に電話して報告書を提出する。</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>
--------------------	--	---	---	---

3. 死の原因となるインシデントではなく犯罪の遂行中に発生した死亡

いいえ

はい 不明

<p>a. 犯罪の種類 (当てはまるものすべてにチェックする)</p> <p><input type="checkbox"/> 強盗/押し込み</p> <p><input type="checkbox"/> 対人暴力</p>	<p><input type="checkbox"/> 性的暴行</p> <p><input type="checkbox"/> その他の暴行</p>	<p><input type="checkbox"/> ギャングの抗争</p> <p><input type="checkbox"/> 薬物の取引:</p>	<p><input type="checkbox"/> 放火</p> <p><input type="checkbox"/> 売春</p>	<p><input type="checkbox"/> 目撃者の脅迫</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (明記する)</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>
--	---	--	---	--

I. 不作為的または作為的行為		
行為の種類		
<p>1. 不作為的または作為的行為が死亡の原因または一因であったか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ。P11のセクションJに進む。</p> <p><input type="checkbox"/> はい(当てるはまるものすべてにチェックする) :</p> <p><input type="checkbox"/> 死の直接の原因</p> <p><input type="checkbox"/> 死の一因</p> <p><input type="checkbox"/> 不明。セクションJに進む。</p>	<p>3. 死の原因または一因であった行為は何か1列につき1つだけチェックし、説明を記載する。</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 監督の不足/不在。11に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子供の身体的虐待。4に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子供のネグレクト。9に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他のネグリエンス。10に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 児童虐待ではない暴行。11に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 宗教的/文化的習慣。11に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自殺。28に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医療災難(明記する)。12に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他(明記する)。11に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明。11に進む。</p>	<p>4. 児童虐待の種類(当てるはまるすべてのものをチェックし、説明を記載する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的。5に進む</p> <p><input type="checkbox"/> 心理的(明記する)。11に進む :</p> <p><input type="checkbox"/> 性的(明記する)。11に進む :</p> <p><input type="checkbox"/> 不明。11に進む。</p>
<p>2. 行為について: 1列につき1つだけチェックする。</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不慮</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 故意</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不慮か故意か決定されていない</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>5. 身体的虐待の種類(当てるはまるものすべてにチェックする)</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待による頭部外傷。6に進む</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性被虐待児童候群。8に進む</p> <p><input type="checkbox"/> 叩く/蹴る。8に進む</p> <p><input type="checkbox"/> 熱湯・湯気による火傷または火傷。8に進む</p> <p><input type="checkbox"/> 代理ミュンヒハウゼン症候群。8に進む</p> <p><input type="checkbox"/> その他(明記する)。8に進む :</p> <p><input type="checkbox"/> 不明。8に進む。</p>	<p>6. 虐待による頭部外傷の場合、網膜出血があったか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p>
<p>9. 子どものネグレクト。当てるはまるものすべてにチェックする :</p> <p><input type="checkbox"/> 危険から守らない(明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 必需品を提供しない :</p> <p><input type="checkbox"/> 食べ物</p> <p><input type="checkbox"/> シェルター</p> <p><input type="checkbox"/> その他(明記する) :</p>	<p>7. 虐待による頭部外傷の場合、子供は揺さぶられたか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、衝撃があった</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>8. 身体的虐待のきっかけとなった出来事(当てるはまるものすべてにチェックする)</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 授乳の問題</p> <p><input type="checkbox"/> 泣き <input type="checkbox"/> 家庭内での言い争い</p> <p><input type="checkbox"/> トイレトレーニングの失敗 <input type="checkbox"/> その他(明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> 反抗 <input type="checkbox"/> 不明</p>
<p>10. その他のネグリエンス :</p> <p><input type="checkbox"/> 乗り物 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> その他(明記する) :</p>	<p>11. 不作為的/作為的行為 :</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子供に関して慢性</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家族におけるパターンまたは加害者によるパターン</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 独立したインシデント</p>	<p>12. 死の原因または一因である行為の主な責任者。1列当たり1つだけ選択する。</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自分自身。24に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 実親</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 養親</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 母親</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 里親</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 母親のパートナー</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 父親のパートナー</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 祖父母</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他の親類</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 友達</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 知人</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子供の男友達/女友達</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 他人</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医療提供者</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 施設職員</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ベビーシッター</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有資格チャイルドケアワーカー</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他(明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>
<p>13. 人物の性別 :</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 男性</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 女性</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>14. 人物の年齢(歳) :</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>15. 人物は前のセクションに挙げられた世話人/監督者であるか</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ。16に進む。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい。世話人。25に進む</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい。監督者。26に進む</p>
<p>16. 人物は英語を話すか</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>「いいえ」の場合は話す言語 :</p>	<p>17. 人物は兵役従事者であるか</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい。部署 :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>19. 人物に薬物乱用歴があるか</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>「はい」の場合、当てるはまるものすべてにチェックする :</p>
<p>18. 人物に親しいパートナーによる暴力歴があるか当てるはまるものすべてにチェックする :</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(被害者として)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(加害者として)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>20. 人物に児童虐待の被害歴があるか当てるはまるものすべてにチェックする :</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(身体的虐待)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(ネグレクト)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(性的虐待)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(精神的虐待)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>児童保護局(CPS) 紹介回数 _____</p> <p>立証数 _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> フォスターケア/養子の経験 _____</p>	<p>21. 人物に児童虐待の加害歴があるか当てるはまるものすべてにチェックする :</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(身体的)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(ネグレクト)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(性的)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい(心理的)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>児童保護局(CPS) 紹介回数 _____</p> <p>立証数 _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CPS 予防サービス</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ファミリープリゼーションサービス _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子供が引き離されたことがあるか _____</p>
<p>22. 人物に非行歴または犯罪歴があったか</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>「はい」の場合、当てるはまるものすべてにチェックする :</p> <p>1. 原因 2. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 暴行</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 強盗</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 薬物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他(明記する) :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>	

<p>23. 人物に子どもの死亡経験がある</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>「はい」の場合、当てはまるものすべてにチェックする：</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 児童虐待 件数 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ネグレクト 件数 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事故 件数 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自殺 件数 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDS 件数 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他（明記する）： 件数 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>24. 人物に心的外傷後ストレス障害の既往があるか</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はい（記載する）： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>26. 人物にある（当てはまるものすべてにチェックする）：</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 同じような行為歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 逮捕歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有罪判決歴</p>	<p>25. インシデント時の人物（当てはまるものすべてにチェックする）：</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 薬物障害 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> アルコール障害 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 居眠り <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 注意力散漫 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不在</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病気による障害 明記： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害による機能障害 明記： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 明記：</p> <p>27. この死亡における法的結果（当てはまるものすべてにチェックする）：</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不起訴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 起訴猶予 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 起訴 明記： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自白</p> <p>a. 原因 b. 一因</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 嘆願（明記する）： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 無罪評決 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有罪評決。刑： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不法行為に対する告訴（明記する）： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>
---	---	--

自殺の場合

<p>28. 自殺の場合、各質問にチェックをし、回答の説明を記入する：</p> <p>a. はい b. いいえ c. 不明</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 遺書が残されていたか <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもは自殺に関して話をしたか <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自殺の脅しをしたか <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自殺未遂したか <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自殺は完全に予期されないものであったか <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもは精神衛生サービスを受けたことがあったか <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもは精神衛生サービスを受けていたか <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもは精神疾患に対する薬を服用していたか <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもに精神衛生サービスを受けさせなくする問題があった 明記： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもに家出歴があった <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもに自傷行為歴があった <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自殺の家族歴がある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自殺は殺人自殺の一環であった <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自殺は心中の約束の一環であった <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自殺は自殺の連鎖の一環であった</p>	<p>29. 自殺の場合、子どもの落胆の一因となるような急性または累積的な個人の危機歴があったか。当てはまるものすべてにチェックする：</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家庭不和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 両親の離婚/別居 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 両親/世話人との言い争い <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 男友達/女友達との言い争い <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 男友達/女友達との別れ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他の友達との言い争い <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 嗜好き <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 友達または身内の自殺 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 友達または身内の自殺以外の死 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いじめ（被害者） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いじめ（加害者） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 落第 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 転校/新しい学校 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他の深刻な学校問題 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 妊娠</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 身体的虐待/暴行 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 強姦/性的虐待 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 法律問題 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 薬物/アルコール <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 性的指向 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 宗教的/文化的問題 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 仕事の問題 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 金銭問題 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ギャンブル問題 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> カルト活動への関与 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> コンピュータまたはビデオゲームへの関与 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> インターネットへの関与 明記： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他（明記する）： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明</p>
---	---

J. 死亡の結果としての家族およびコミュニティに対するサービス

<p>1. サービス（当てはまるものすべてにチェックする）</p> <p>死別カウンセリング <input type="checkbox"/></p> <p>経済的支援 <input type="checkbox"/></p> <p>葬式の手配 <input type="checkbox"/></p> <p>緊急シェルター <input type="checkbox"/></p> <p>精神衛生サービス <input type="checkbox"/></p> <p>フォスターケア <input type="checkbox"/></p> <p>ヘルスケア <input type="checkbox"/></p> <p>法的サービス <input type="checkbox"/></p> <p>家族計画 <input type="checkbox"/></p> <p>その他（明記する）： <input type="checkbox"/></p>	<p>a. 死亡後に提供した <input type="checkbox"/></p> <p>b. 申し出があったが望まなかった <input type="checkbox"/></p> <p>c. 必要であったが利用できなかった <input type="checkbox"/></p> <p>d. 申し出があるべきであった <input type="checkbox"/></p> <p>e. 不明 <input type="checkbox"/></p>	<p>f. 紹介を導いた CDRレビュー <input type="checkbox"/></p>
---	--	---

K. レビューの結果による予防イニシアチブ

<p>1. 死を予防することができたか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ、おそらく予防することはできなかった</p> <p><input type="checkbox"/> はい、おそらく予防することができた</p> <p><input type="checkbox"/> チームは明らかにすることができなかった</p>	<p>2. チームまたはチームメンバーはこのタイプの死亡の予防に関連する危険因子および考えられる資源、サービス、プログラムまたはイニシアチブのアクセスを実施したか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 「はい」の場合、当てはまるものすべてにチェックする</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 文献のレビュー <input type="checkbox"/> レビュープログラム、サービス、資源</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家によるプレゼンテーション <input type="checkbox"/> 既存のグループ、機関への連絡</p> <p><input type="checkbox"/> データ収集/分析 <input type="checkbox"/> その他（明記する）： _____</p>
<p>3. その他の死を予防し子どもの安全、健康および保護を維持するために具体的などのような変更がなされるべきだとチームは考えているか</p> <p><input type="checkbox"/> 個人： _____</p> <p><input type="checkbox"/> コミュニティ _____</p> <p><input type="checkbox"/> 機関： _____</p>	

4 この変更を有効にするために、レビューの結果から生まれた具体的な勧告および/または活動は何か。 勧告がなされなかった場合はセクション4に進む
 当てはまるものすべてにチェックする：

	a. 現在の活動段階			b. 活動の種類		c. 活動のレベル		
	1. 勧告	2. 計画	3. 実施	1. 短期	2. 長期	1. 地方	2. 州	3. 国
教育	<input type="checkbox"/> メディアキャンペーン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 学校プログラム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> コミュニティ安全プロジェクト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ケア提供者の教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 親の教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> パブリックフォーラム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
機関	<input type="checkbox"/> その他の教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 新しい方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 改訂された方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 新しいプログラム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 新しいサービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
法律	<input type="checkbox"/> 拡大サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 新しい法律/条令	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 修正された法律/条令	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 法律/条令の実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
環境	<input type="checkbox"/> 消費製品の修正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 消費製品のリコール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> パブリックスペースの修正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> プライベートスペースの修正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（明記する）： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

戦略について簡潔に説明する：

5. 予防戦略の擁護の責任者は誰か当てはまるものすべてにチェックする：

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 該当なし、戦略なし | <input type="checkbox"/> その他のヘルスケア提供者 | <input type="checkbox"/> ローカルコミュニティグループ |
| <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> 警察 | <input type="checkbox"/> 新しい連合体/タスクフォース |
| <input type="checkbox"/> 保険局 | <input type="checkbox"/> 検死医 | <input type="checkbox"/> ユースグループ |
| <input type="checkbox"/> ソーシャルサービス | <input type="checkbox"/> 検視官 | <input type="checkbox"/> その他（明記する）： |
| <input type="checkbox"/> 精神衛生 | <input type="checkbox"/> 選出された役人 | <input type="checkbox"/> 不明 |
| <input type="checkbox"/> 学校 | <input type="checkbox"/> 擁護団体 | |
| <input type="checkbox"/> 病院 | | |

6. 予防戦略に責任がある人物/機関の数

- チームの各メンバー
 チームのメンバー機関
 チームに入っていない人物/機関
 不明

L. レビューミーティングプロセス

1. このケースに対するレビューミーティングの数： 2. レビュー終了 いいえ はい

3. レビューに参加した機関。当てはまるものすべてにチェックする：

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 検死医/検視官 | <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 精神衛生 | <input type="checkbox"/> その他。一覧： |
| <input type="checkbox"/> 警察 | <input type="checkbox"/> 病院の記録職員 | <input type="checkbox"/> 薬物乱用 | |
| <input type="checkbox"/> 検察官/地方検事 | <input type="checkbox"/> その他のヘルスケア | <input type="checkbox"/> 裁判所 | |
| <input type="checkbox"/> 公衆衛生 | <input type="checkbox"/> 消防隊 | <input type="checkbox"/> 子供擁護団体 | |
| <input type="checkbox"/> CPS | <input type="checkbox"/> EMS | | |
| <input type="checkbox"/> その他の社会サービス | <input type="checkbox"/> 教育 | | |

4. 効率的なレビューを妨げた要因（当てはまるものすべてにチェックする）：

- メンバー間の機密保持の問題により十分な情報交換が妨げられた。
- HIPAA規制により情報へのアクセスまたは情報の交換が妨げられた。
- 調査が不十分であったためにレビューを行うために十分な情報を得ることができなかった。
- チームメンバーが十分な情報をミーティングに持ってこなかった。
- 必要なチームメンバーが欠席であった。
- ミーティングが死亡後あまりにも早く開催された。
- ミーティングが死亡後あまりにも遅く開催された。
- 別の州内地方の記録または情報が必要であった。
- 別の州の記録または情報が必要であった。
- 状況に対するチームの意見の相違
- その他の要因（明記する）：

5. レビューミーティングの結果（当てはまるものすべてにチェックする）：

- レビューにより追加調査に至った。
- チームは正式な死の経緯に異議を唱えた。
チームは死の経緯を何にすべきだと考えたか
- チームは正式な死因に反対した。
チームは死因を何にすべきだと考えたか
- レビューにより、正式な死因または経緯が変更された。
- レビューによりサービスの提供に至った。
- レビューにより機関の方針または実践の変更に至った。
- レビューにより予防イニシアチブの実施に至った
 - 地方
 - 州
 - 国

M. 説明

この欄に死亡状況に関する詳細とその他の関連情報を記載する。

N. 記入者：

人物：	日付：
肩書：	電話：
機関：	EMAIL：
署名：	このケースに対するデータ入力終了した <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ