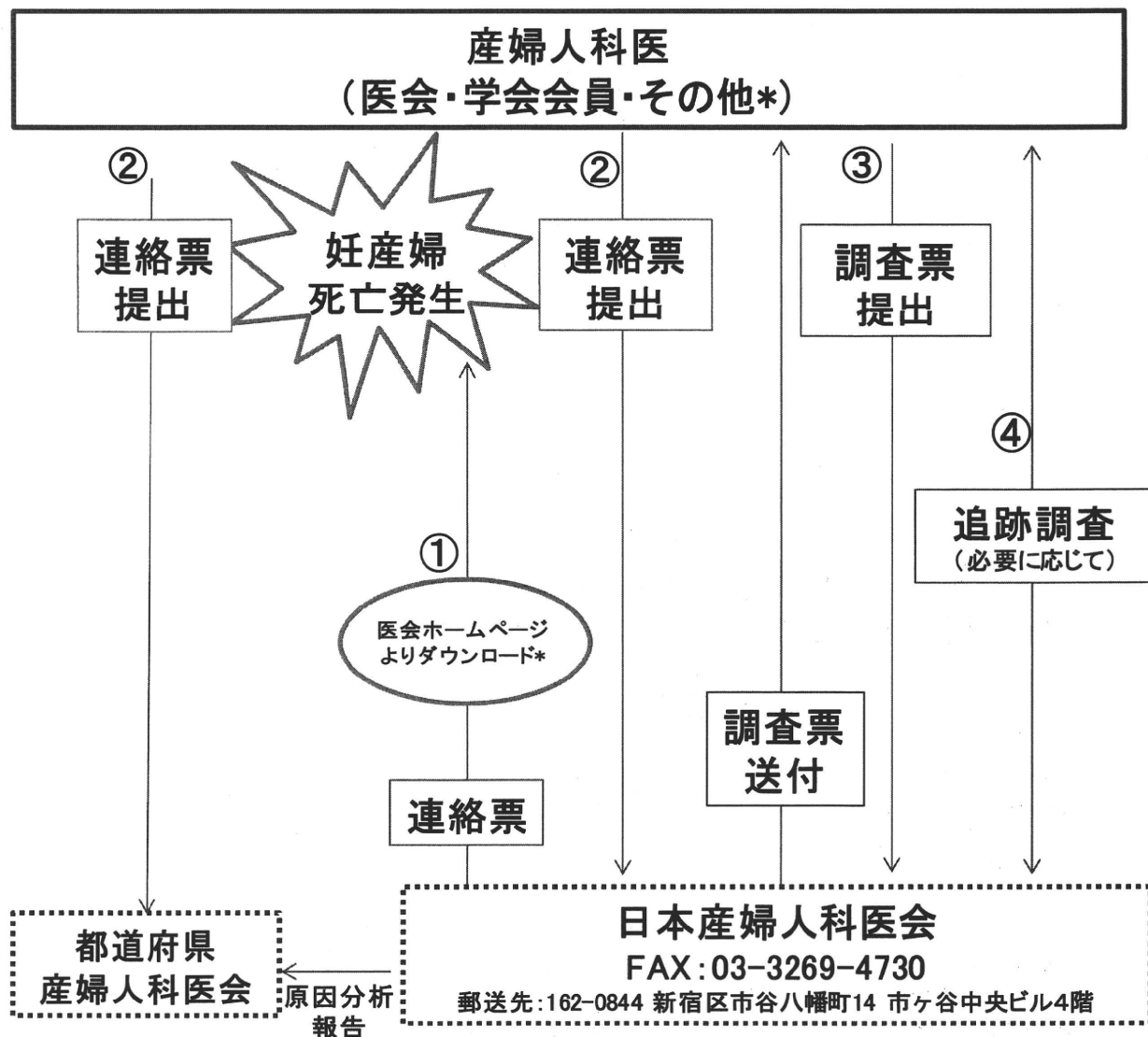


9. 妊産婦死亡の届け出の手順

平成22年1月1日より開始



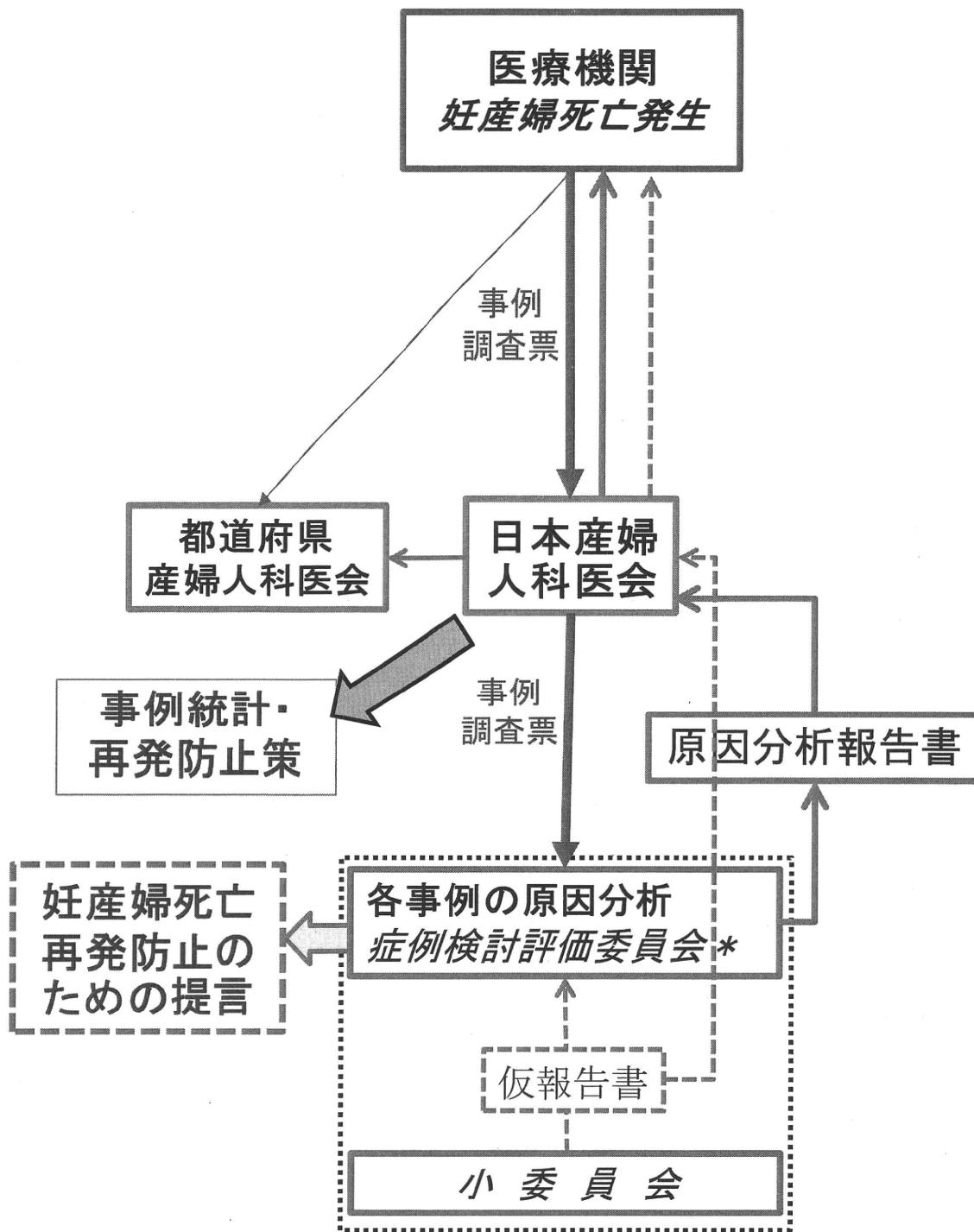
手順:

- ① 医会ホームページ(<http://www.jaog.or.jp/>)から連絡票をダウンロード*
 - ② 連絡票を日本産婦人科医会・都道府県産婦人科医会の2カ所に提出 (FAXまたは郵送)**
 - ③ 医会本部より送付される調査票に記入して郵送
 - ④ 必要に応じて送付される追跡調査票に記入して日本産婦人科医会に郵送
- (注) 妊産婦死亡以外の偶発事例報告は、
従来通り都道府県産婦人科医会宛に提出してください

* 連絡票は日本産婦人科医会に電話(03-3269-4739)で請求いただけます。

** 医会非会員は日本産婦人科医会にのみ連絡してください。

10. 妊産婦死亡報告事例の原因分析の流れ



* 厚生労働省科学研究ならびに循環器病研究開発研究班による症例検討評価委員会

11. 妊産婦死亡報告様式

妊産婦死亡 連絡票

社団法人日本産婦人科医会 殿

妊産婦死亡がありましたので報告いたします。

- 記載された住所に後日 妊産婦死亡調査票を送付いたします。
- 妊産婦死亡があった場合は速やかに本票を日本産婦人科医会および都道府県産婦人科医会までご提出ください。

施設名			
住 所	〒		
電話番号			
E-mail			
担当者 もしくは代表者			
報告日	西暦	年	月 日
死亡日	西暦	年	月 日
患者氏名 イニシャル	氏	名	患者年齢

提出先 : FAX : 03-3269-4730

郵送先 : 〒162-0844 新宿区市谷八幡町 14 市ヶ谷中央ビル 4 階

妊産婦死亡 調査票 A

都道府県		事例登録番号	
施設名		報告担当者・責任者氏名	
妊産婦死亡日	西暦 年 月 日	妊産褥婦イニシャル	(氏) (名)
妊娠時期	(死亡時) 妊娠 週	産褥 日 (妊娠 週分娩)	
臨床診断			
解剖	<input type="checkbox"/> 病理解剖 <input type="checkbox"/> 司法解剖 <input type="checkbox"/> 行政解剖 <input type="checkbox"/> 未施行		
解剖所見			
死亡原因			
医事紛争への発展の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
施設内で原因調査委員会などの開催	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
* 調査委員会などの報告書があれば添付をお願いします。添付不可の場合にはその内容の要旨を記載してください			
事例の問題点・争点があれば簡潔に記入してください			
複数の施設で妊産褥婦・新生児の管理が行われた場合にその施設名を記入してください			
健診施設	施設名:	住所:	
	担当者名:	所属: <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
分娩施設	施設名:	住所:	
	担当者名:	所属: <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
搬送先施設	施設名:	住所:	
	担当者名:	所属: <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
新生児搬送先施設	施設名:	住所:	
	担当者名:	所属: <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> その他 ()	

様式 3-2-2 (妊産婦死亡調査票 A)

Ⅷ. 具体的な臨床経過

※ 経過サマリー・事例検討会資料などがある場合は添付して提出してください

(原因分析に活用します。既往歴、妊娠中合併症、初発症状、バイタルサインの変化、処置なども含めて記載して下さい)

(会員→日本産婦人科医会)

妊産婦死亡 調査票 B

No. _____

都道府県			記入者名		
調査対象 死亡者 (イニシャル)	氏	名	年 齢		
			満 歳		

1. 死亡者の社会・経済状態

- (1) 国籍 日本 その他 () 不明
- (2) ふだんの居住地 都市型 農山漁村 その他 不明
- (3) 職業 (世帯)
- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 事務従事者 | <input type="checkbox"/> 作業従事者 | <input type="checkbox"/> 自営業 | <input type="checkbox"/> 農業 |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 | |
- (4) 職業 (本人)
- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 事務従事者 | <input type="checkbox"/> 作業従事者 | <input type="checkbox"/> 自営業 | <input type="checkbox"/> 農業 |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 | |
- (5) 学歴 (本人)
- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 中卒 | <input type="checkbox"/> 高卒 | <input type="checkbox"/> 短大卒 | <input type="checkbox"/> 大卒 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
- (6) 婚姻
- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 既婚 | <input type="checkbox"/> 未婚 | <input type="checkbox"/> 内縁 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
- (7) 生活状態
- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 上 | <input type="checkbox"/> 中 | <input type="checkbox"/> 下 | <input type="checkbox"/> 生活保護 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
- (8) 支払区分
- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自費 | <input type="checkbox"/> 健保 | <input type="checkbox"/> 医療保護 | <input type="checkbox"/> 措置入所 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|

2. 健康状態

- (1) ふだんの状態
- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健康 | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 病弱 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
- (2) 慢性疾患 (持病)
- あり → * なし 不明
-
- (3) おもな既往歴、合併症の有無
- | | | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 結核 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 心疾患 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 腎疾患 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 妊娠高血圧症候群 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 高血圧 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 糖尿病 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 肝疾患 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 血液疾患 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 神経疾患 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 手術 (大) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| アレルギー (薬物ショック) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 精神疾患 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |

3. 既往・妊娠・分娩

(1) 回数 (今回妊娠は含まず)	自然流産 (22 週未満)		*	回
	人工流産 (22 週未満)	+	*	回
	奇胎流産	+	*	回
	異所性妊娠 (手術)	+	*	回
	分娩回数	+	*	回
	合計妊娠回数			*

(2) 既往分娩の異常 (回数)	死産または新生児死亡 (22 週以上)		*	回
	低体重児出産 (2,500g 未満)		*	回
	早産 (22~36 週の出産)		*	回
	先天異常児の出産		*	回
	生育した児		*	人

(3) 産科異常と処置	妊娠高血圧症候群	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	出血多量 (1,000mL 以上)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	産褥感染	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	帝王切開	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	鉗子・吸引分娩	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	骨盤位牽出術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明

4. 今回妊娠経過

(1) 今回妊娠の初診	□受けた →	□診療所	□助産所	□その他	□不明
		□病院	□母子周産期センター (総合・地域)		
	受けた時期	妊娠	* _____		週ころ

□受けていない

(2) 母子健康手帳	妊娠中に	<input type="checkbox"/> 受領した	<input type="checkbox"/> 受領しない
------------	------	-------------------------------	--------------------------------

(3) 定期健診は 妊娠中に	□受けた →	□診療所	□助産所	□その他	□不明
		□病院	□母子周産期センター (総合・地域)		
	受けた回数	およそ	* _____		回

□受けていない

5. 妊娠中の状態

(1) 妊産婦の身長 cm

(2) 体型 丈夫そう ふつう 弱そう

(3) 妊産婦の体重 Kg (死亡直近) Kg (妊娠初期)

(4) 印象 太っている ふつう やせている

(5) 妊娠 (初期) 12 週未満の異常 および治療の有無	悪阻	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 強	<input type="checkbox"/> 不明
	不正出血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> 強	<input type="checkbox"/> 不明
	感染症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 強度	<input type="checkbox"/> 不明
	薬物投与	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> 多量	<input type="checkbox"/> 不明
	X線検査	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1~2回	<input type="checkbox"/> 頻回	<input type="checkbox"/> 不明

(6) 妊娠中の 異常の有無	妊娠高血圧症候群	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 不明
	妊娠貧血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 不明
	Rh 不適合	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 抗体(-)	<input type="checkbox"/> 抗体(+)	<input type="checkbox"/> 不明
	事故・外傷	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 不明

(7) 妊娠中の 母体疾患の有無	梅毒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 不明
	心疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 不明
	妊娠糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 不明
	感染症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 不明
	手術	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 小手術	<input type="checkbox"/> 大手術	<input type="checkbox"/> 不明

6. 分娩について

(1) 死亡時期 分娩前 (妊娠中) → 8. 死亡に関連した異常の発現についてへ
分娩中
分娩後 (産褥)

(2) 分娩年月日時刻 西暦 * 年 * 月 * 日
* 時 * 分

(3) 分娩時の妊娠週数 * 週 * 日

(4) 分娩の場所	分娩と死亡	<input type="checkbox"/> 同一施設	<input type="checkbox"/> 別の施設		
	帰省分娩	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明	
	分娩場所	<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 助産所	<input type="checkbox"/> 周産期センター
		<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 実家	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明

(5) 分娩の管理者 産科医師 他科医師 助産師 看護師 その他 不明

(6) 分娩様式 自然分娩 吸引分娩 鉗子分娩 骨盤位分娩 (牽出術)
帝王切開 その他 不明

(7) 陣痛誘発・促進 施行した →

<input type="checkbox"/> メトロ	<input type="checkbox"/> ブジー	<input type="checkbox"/> キシトシ静注点滴
<input type="checkbox"/> PGF2 α 静注点滴		<input type="checkbox"/> PGE2内服
<input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> その他

施行せず

(8) 産科麻酔 あり なし → *

(9) 帝王切開の適応
主なものの一つ

<input type="checkbox"/> CPD	<input type="checkbox"/> 高年初産	<input type="checkbox"/> 軟産道強靱	<input type="checkbox"/> 既往帝切
<input type="checkbox"/> 前置胎盤	<input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離		<input type="checkbox"/> 骨盤位
<input type="checkbox"/> 胎児機能不全	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群		<input type="checkbox"/> 回旋異常
<input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)			

(10) 分娩に要した時間 * 時間 * 分

(11) 分娩時出血量 約 * mL

(12) 産科異常の有無

前期破水	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
微弱陣痛	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
回旋異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
臍帯に関する異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
胎盤に関する異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
羊水量の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

7. 産褥と胎児・新生児について

(1) 児の数 単胎 双胎 三胎 四胎以上 不明

(2) 児の生死

<input type="checkbox"/> 生産（生育）（単胎）	<input type="checkbox"/> 死産（単胎）
<input type="checkbox"/> 新生児死亡（単胎）	<input type="checkbox"/> 全部生産（生育）（多胎）
<input type="checkbox"/> 全部児死亡（多胎）	<input type="checkbox"/> 生存と死亡あり（多胎）
<input type="checkbox"/> 不明	

(3) 児体重 * g * g * g

(4) 分娩中産褥の異常

子宮収縮不良（弛緩出血）	<input type="checkbox"/> 強	<input type="checkbox"/> 弱	<input type="checkbox"/> なし
頸管裂傷	<input type="checkbox"/> 強	<input type="checkbox"/> 弱	<input type="checkbox"/> なし
癒着胎盤	<input type="checkbox"/> 強	<input type="checkbox"/> 弱	<input type="checkbox"/> なし
子宮破裂	<input type="checkbox"/> 強	<input type="checkbox"/> 弱	<input type="checkbox"/> なし
子宮内反	<input type="checkbox"/> 強	<input type="checkbox"/> 弱	<input type="checkbox"/> なし
低フィブリノゲン血症または DIC	<input type="checkbox"/> 強	<input type="checkbox"/> 弱	<input type="checkbox"/> なし
産科ショック		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
子癇		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

8. 死亡に関連した異常の発現について

(1) 異常発現時の症状

浮腫	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
出血傾向	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
尿量減少	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
体重著増	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

脳症状（悪心・嘔吐・めまい・頭痛・不穏）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
痙攣（子痙発作を含む）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
心臓症状（動悸・頻脈・不整脈）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
呼吸異常（咳嗽・喀痰・肺水腫・チアノーゼ・呼吸困難）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
意識障害（昏睡）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
眼症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
胃腸症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
発熱	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
性器出血	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
腹痛	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
黄疸	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
血圧上昇	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
血圧下降	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
ショック	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
その他	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(2) 症状発現後

<input type="checkbox"/> ただちに受診（入院中を含む）	<input type="checkbox"/> 数日後に受診
<input type="checkbox"/> 1～2日後に受診	<input type="checkbox"/> まったく受診せず
<input type="checkbox"/> 不明	

9. 死亡時の状況

(1) 死亡の日

西暦 * 年 * 月 * 日
* 時 * 分

(2) 死亡の時期

妊娠 * 週 * 日
または産褥 * 日

(3) 死亡の場所

<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 助産所	<input type="checkbox"/> 周産期センター
<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 実家	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明

(4) 死亡の場所と異常発現後に受診した施設

同じ → 患者が自ら訪れた
転送された（前施設から）
異なる

(5) 死亡時の取扱者

産科医	<input type="checkbox"/> 二人以上	<input type="checkbox"/> 一人	<input type="checkbox"/> いない
他科医	<input type="checkbox"/> 二人以上	<input type="checkbox"/> 一人	<input type="checkbox"/> いない
助産師	<input type="checkbox"/> 二人以上	<input type="checkbox"/> 一人	<input type="checkbox"/> いない
看護師	<input type="checkbox"/> 二人以上	<input type="checkbox"/> 一人	<input type="checkbox"/> いない
その他の看護者	<input type="checkbox"/> 二人以上	<input type="checkbox"/> 一人	<input type="checkbox"/> いない

(6) 時間的経過

異常症状出現（推定） * 月 * 日 * 時 * 分
医療処置開始 * 月 * 日 * 時 * 分
（転送された場合）二次施設での処置開始 * 月 * 日 * 時 * 分

(7) 主要死亡診断名

<input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離
<input type="checkbox"/> 前置胎盤
<input type="checkbox"/> 癒着胎盤
<input type="checkbox"/> 弛緩出血
<input type="checkbox"/> 頸管裂傷・会陰裂傷
<input type="checkbox"/> 子宮破裂
<input type="checkbox"/> 肺血栓塞栓症
<input type="checkbox"/> 羊水塞栓症
<input type="checkbox"/> 子宮内反症
<input type="checkbox"/> 子癇
<input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞
<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群（HELLP 症候群を含む）
<input type="checkbox"/> 感染・敗血症（産褥期も含む）
<input type="checkbox"/> 周産期心筋症
<input type="checkbox"/> 子宮内胎児死亡
<input type="checkbox"/> 異所性妊娠（子宮外妊娠）
<input type="checkbox"/> 薬物の副作用
<input type="checkbox"/> 輸血の副作用
<input type="checkbox"/> 麻酔の副作用
<input type="checkbox"/> その他の産科的異常
*
<input type="checkbox"/> その他の内科的・外科的合併症
*
診断根拠（具体的に記入）
*

10. 救命のために行った処置

(1) 手術・処置

子宮摘出（全摘・膈上部切断・含ポロー手術）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
その他の腹式手術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
軟産道裂傷縫合	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
その他の腔式手術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
挿管または気管切開	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
酸素吸入	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
人工呼吸	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
その他の手術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	↓		
	*		
輸液	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	mL
	↓		
輸液量	*		
血液製剤	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	(投与量が分かるように記載してください)
	↓		
フィブリノゲン製剤	*		
アルブミン製剤	*		
アンチトロンビン製剤	*		
活性化第7因子製剤	*		
その他	*		
輸血	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	単位
	↓		
	輸血使用例では輸血量		
赤血球濃厚液	*		
新鮮凍結血漿(FFP)	*		
濃厚血小板輸血	*		
自己血	*		
新鮮血	*		
その他	*		
強心剤使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
利尿剤使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
ステロイドホルモン使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
腹膜灌流または人工透析	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
羊水塞栓症血清診断事業への検体提出	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	↓		
採血のタイミング（採血時の状況、出血状況、輸液・輸血量との関係を記載してください）	*		
その他	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	↓		
	*		

11. 死因と解剖

(1) 解剖 なし 病理解剖 司法解剖 行政解剖 その他

*

臨床経過上の特記事項があれば記入してください

*

12. 担当医師の印象

(1) 定期健診 十分 ふつう 少なかった 未受診

(2) 医師の注意 よく守った あまり守らなかった まったく守らなかった

(3) 家族の理解協力 よかった ふつう よくなかった

(4) 異常発生から受診まで 適切であった 少し遅れた 非常に遅れた

(5) 医師にかかりたくない理由 ない 経済的理由 宗教的理由

(6) 移送

<input type="checkbox"/> 速やかであった		
<input type="checkbox"/> 少し時間がかかった		
<input type="checkbox"/> 相当に時間がかかった	→理由	
	辺地居住	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	季節的理由 (冬嵐)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	時間的理由 (夜間)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	紹介に手間取る	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	具体的に記入	
	*	

(7) 医療処置の人手 十分 まあ足りる程度 不足 非常に不足

(8) 血液 十分 まあ足りる程度 不足 非常に不足

(9) 酸素、輸液、救急薬品、機器など 十分 不足 非常に不足

(10) 近隣（他科）の医師の応援 十分 不足 えられなかった

(11) 事後の処理（家族の了解） 十分 不十分 納得していない

(12) 金銭的解決（慰謝料など） 行っていない 行っている 交渉中

13. 担当医師として死亡原因、今後の対策、事後処理等についてのご意見

*

様式3-4-1 妊産婦死亡 調査票C

A. 妊産婦死亡「発生状況」質問票(1)

1. 産科出血 (出血が死亡に関連していると考えられる場合、以下に記載してください)

(1) 出血は予測可能でしたか? いいえ ・ はい (下表に回答)

<input type="checkbox"/> 前置・低置胎盤	<input type="checkbox"/> 癒着胎盤疑い	<input type="checkbox"/> 既往帝王切開	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 巨大児
<input type="checkbox"/> 多胎	<input type="checkbox"/> 羊水過多	<input type="checkbox"/> それ以外のリスク疾患*		

(2) 血液型など輸血の事前準備は? していない ・ していた (下表に回答)

<input type="checkbox"/> 血液型、Rh式血液型	<input type="checkbox"/> 不規則抗体
<input type="checkbox"/> 間接クームス	<input type="checkbox"/> その他*

(3) 患者モニターの状態は何を行っていましたか?

- 行っていない
- 血管確保の状態 ⇒
- 持続尿量計測
- 母体心電図、自動血圧計、心拍数、経皮酸素飽和度 (SpO₂) モニタリング

*

(4) 人員の配置状態

*

(5) 輸血の準備状態

- 1. 出血前 (準備血液量) ⇒ *
- 2. 出血後 ⇒ *
- 3. 院内への備蓄状態 ⇒ *
- 4. 輸血担当の職員 (輸血部検査技師など) ⇒ いる いない
- 5. 日赤へのアクセス状態 ⇒ *

(6) 止血法として行った、処置 (手術も含む)

*

(7) 出血と輸液・輸血の経過（できるだけ詳細に記載してください。出血量、バイタル、血算・凝固系など各検査とともに記載してください。診療録のコピーでも結構です）

*

(8) 輸血を投与開始時の所見(月 日 時 分)

血圧	mmHg	脈拍数	/min
ヘモグロビン	g/dL	フィブリノゲン	mg/dL
ヘマトクリット	%	アンチトロンビン	%
血小板数	/mm ³	FDP	μg/mL
PT	sec	d-dimer	μg/mL
APTT	sec		

(9) 応援医師 (いなかった場合は1に0を記入、いる場合はその人数をご記入下さい。)

1. いなかった	* 名	2. 麻酔科医	* 名	3. 集中治療、救急医	* 名
4. 内科医	* 名	5. 外科医	* 名	6. その他*	* 名

(10) 高次施設への搬送 (考慮も含まれる)

*

(11) 産科DICスコア * _____点

【参考】産科DICスコア

以下に該当する項目の点数を加算し、8~12点：DICに進展する可能性が高い、13点以上：DIC

基礎疾患	点数	臨床症状	点数
早剥 (児死亡)	5	急性腎不全 (無尿)	4
" (児生存)	4	" (乏尿)	3
羊水塞栓 (急性肺性心)	4	急性呼吸不全 (人工換気)	4
" (人工換気)	3	" (酸素療法)	1
" (補助換気)	2	臓器症状 (心臓)	4
" (酸素療法)	1	" (肝臓)	4
DIC型出血 (低凝固)	4	" (脳)	4
" (出血量; 2L以上)	3	" (消化器)	4
" (出血量; 1-2L)	1	出血傾向	4
子癇	4	ショック (頻脈: 100以上)	1
その他の基礎疾患	1	" (低血圧: 90以下)	1
		" (冷汗)	1
		" (蒼白)	1
検査			
FDP 10μg/dL以上	1		
血小板 10万/mm ³ 以下	1		
フィブリノーゲン 150mg/dL以下	1		
PT 15秒以上	1		
出血時間 5分以上	1		
その他の検査異常	1		

□：レ点チェック回答欄、*：記述回答欄

様式 3-4-2 妊産婦死亡 調査票 C

A. 妊産婦死亡「発生状況」質問票 (2)

2. 敗血症 (感染症が死亡に関連していると考えられる場合、以下に記載してください)

(1) 以下の所見が経過中にありましたか? なかった (ある場合は下表に回答)

<input type="checkbox"/> 発熱 (>38℃)	<input type="checkbox"/> その他の感染所見*
<input type="checkbox"/> 白血球増多 (7500/μL 以上)	
<input type="checkbox"/> 白血球減少 (3200/μL 以下)	

(2) 前問の時、細菌学的検査はしましたか? いいえ (した場合は下表に回答)

採取部位は どこですか?	<input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 胎盤スワブ	<input type="checkbox"/> 脳脊髄液
	<input type="checkbox"/> 腔内容	<input type="checkbox"/> 血液培養	<input type="checkbox"/> その他*

(3) どのような病原体が検出されましたか? 未検出 (検出の場合は下表に回答)

部位	菌名
*	*
*	*
*	*

(4) 感染に関する治療や臨床経過をご記入ください。

*

: レ点チェック回答欄、* : 記述回答欄

様式 3-4-3 妊産婦死亡 調査票 C

A. 妊産婦死亡「発生状況」質問票 (3)

3. 内科的・外科的疾患合併 (内科的・外科的疾患合併が死亡に関連していると考えられる場合、以下に記載してください)

(1) 疾患を記載してください。

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> その他*
<input type="checkbox"/> てんかん	
<input type="checkbox"/> 心疾患	

(2) 妊娠前から診断されていませんか？

<input type="checkbox"/> いいえ ⇒	発症または診断 (疑いも含む) された、妊娠週数 (a) とその後の経過 (b) を記載ください。
	a. 発症：妊娠 (*) 週、診断：(*) 週 b. 経過の詳細 *
<input type="checkbox"/> はい ⇒	c. 既往歴のサマリーをわかる範囲で記載ください。 *
	d. 妊娠に際してカウンセリングを受けていましたか？ *

(6) 遺伝的、家族歴などがあれば、その状態を記載ください。

*

(7) 本合併疾患と死亡との関連を、記載ください。(推測でも結構です)

*

: レ点チェック回答欄、* : 記述回答欄