

・胎児MRI検査 なし あり(以下に詳細(複数回実施の場合は分娩に1番近いもの)をご記入下さい)

MRI 検査実施日	20 年 月 日
病 型*1	<input type="checkbox"/> ¹ Altman I 型 <input type="checkbox"/> ² Altman II 型 <input type="checkbox"/> ³ Altman III 型 <input type="checkbox"/> ⁴ Altman IV 型
腫瘍の性状*2	<input type="checkbox"/> ¹ 嚢胞型 <input type="checkbox"/> ² 充実型 <input type="checkbox"/> ³ 混合型(嚢胞成分優位) <input type="checkbox"/> ⁴ 混合型(充実成分優位)
腫瘍栄養血管の同定	<input type="checkbox"/> ⁰ 同定なし <input type="checkbox"/> ¹ 同定あり <input type="checkbox"/> ² 不明
超音波と比較して 有用だった点	

・最終 超音波検査

最終超音波検査実施日	20 年 月 日		
病 型*1	<input type="checkbox"/> ¹ Altman I 型 <input type="checkbox"/> ² Altman II 型 <input type="checkbox"/> ³ Altman III 型 <input type="checkbox"/> ⁴ Altman IV 型		
腫瘍の性状*2	<input type="checkbox"/> ¹ 嚢胞型 <input type="checkbox"/> ² 充実型 <input type="checkbox"/> ³ 混合型(嚢胞成分優位) <input type="checkbox"/> ⁴ 混合型(充実成分優位)		
腫瘍最大径	cm	胎児皮下浮腫の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり
胎児胸水の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり	胎児腹水の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり
心拡大の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり <input type="checkbox"/> ² 不明 (目安はCTR 35%以上。正確に計測していなくても明らかに心拡大が認められていれば「あり」として下さい)	水腎症の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり
羊水過多の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり(最大羊水深度: _____ cm)		
児頭大横径(BPD)	cm	胎児計測による推定体重	g
腫瘍栄養血管の同定	<input type="checkbox"/> ⁰ 同定なし <input type="checkbox"/> ¹ 同定あり <input type="checkbox"/> ² 不明		

・胎児診断された合併奇形 なし あり(以下に詳細をご記入下さい)

<input type="checkbox"/> ¹ 心奇形 <input type="checkbox"/> ² 染色体異常 <input type="checkbox"/> ³ その他()

・母体合併症状 なし あり(以下に詳細をご記入下さい)

¹浮腫 ²胸水 ³妊娠高血圧症候群 ⁴妊娠糖尿病
⁵その他()

・妊娠管理

Tocolysisの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	羊水過多に対する吸引の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
--------------	---	---------------	---

・胎児治療 なし あり(以下に詳細をご記入下さい)

治療1	実施日	20 年 月 日
	治療内容	
治療2	実施日	20 年 月 日
	治療内容	

・胎児死亡

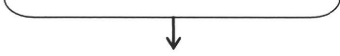

人工妊娠中絶の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 人工妊娠中絶の実施日: 20____年____月____日
子宮内胎児死亡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 胎児死亡の確認日: 20____年____月____日

・分娩のための他施設への搬送

分娩のための他施設への搬送の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 搬送先施設名()
------------------	---

分娩時の情報

・分娩時の状況

出生日時	20 年 月 日 (時 分)		
性別	<input type="checkbox"/> ¹ 男 <input type="checkbox"/> ² 女	出生体重	g
分娩方法	<input type="checkbox"/> ¹ 予定帝王切 <input type="checkbox"/> ² 緊急帝王切 <input type="checkbox"/> ³ 経膣 		
	帝王切開の場合、奇形腫が直接の原因でしたか？ <input type="checkbox"/> ¹ はい → <input type="checkbox"/> ¹ 奇形腫の大きさ <input type="checkbox"/> ² 奇形腫による胎児心不全や胎盤機能不全 <input type="checkbox"/> ³ 奇形腫による母体合併症 <input type="checkbox"/> ⁴ その他 ()		
	<input type="checkbox"/> ² いいえ → <input type="checkbox"/> ¹ 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> ² PROM <input type="checkbox"/> ³ 反復帝王切開 <input type="checkbox"/> ⁴ 母体合併症 <input type="checkbox"/> ⁵ その他 ()		
分娩時母体合併症の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり(以下に詳細をご記入下さい) 		
	<input type="checkbox"/> ¹ 肺塞栓 <input type="checkbox"/> ² 羊水塞栓 <input type="checkbox"/> ³ 弛緩出血 <input type="checkbox"/> ⁴ その他 ()		

・新生児の状況

Apgar Score 1分	点	Apgar Score 5分	点
腫瘍最大径	cm		
腫瘍被膜破綻の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	腫瘍表面からの出血の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
皮下浮腫の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
他の合併奇形の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(以下に詳細をご記入下さい) ↓		
	(内容)		
人工呼吸管理の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	昇圧剤の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
輸血の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	DICの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

・出生直後の血液検査

Hb	g/dL	血小板数	$\times 10^4/\mu\text{L}$
pH		Base Excess	mEq/L
Lactate	mmol/L		

・出生後の超音波検査 なし あり(以下に詳細をご記入下さい)

超音波検査実施日	20 年 月 日
病 型*1	<input type="checkbox"/> ¹ Altman I型 <input type="checkbox"/> ² Altman II型 <input type="checkbox"/> ³ Altman III型 <input type="checkbox"/> ⁴ Altman IV型
腫瘍の性状*2	<input type="checkbox"/> ¹ 嚢胞型 <input type="checkbox"/> ² 充実型 <input type="checkbox"/> ³ 混合型(嚢胞成分優位) <input type="checkbox"/> ⁴ 混合型(充実成分優位)
腫瘍最大径	cm
腫瘍栄養血管同定の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり → <input type="checkbox"/> ¹ 仙骨正中動脈 <input type="checkbox"/> ² 内腸骨動脈 <input type="checkbox"/> ² その他()

・出生後のMRI検査 なし あり(以下に詳細をご記入下さい)

MRI 検査実施日	20 年 月 日
病 型*1	<input type="checkbox"/> ¹ Altman I型 <input type="checkbox"/> ² Altman II型 <input type="checkbox"/> ³ Altman III型 <input type="checkbox"/> ⁴ Altman IV型
腫瘍の性状*2	<input type="checkbox"/> ¹ 嚢胞型 <input type="checkbox"/> ² 充実型 <input type="checkbox"/> ³ 混合型(嚢胞成分優位) <input type="checkbox"/> ⁴ 混合型(充実成分優位)
腫瘍最大径	cm
腫瘍栄養血管同定の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり → <input type="checkbox"/> ¹ 仙骨正中動脈 <input type="checkbox"/> ² 内腸骨動脈 <input type="checkbox"/> ² その他()

・出生後のCT検査 なし あり(以下に詳細をご記入下さい)

CT 検査実施日	20 年 月 日
撮像方法	<input type="checkbox"/> ¹ 単純 <input type="checkbox"/> ² 造影
病 型*1	<input type="checkbox"/> ¹ Altman I型 <input type="checkbox"/> ² Altman II型 <input type="checkbox"/> ³ Altman III型 <input type="checkbox"/> ⁴ Altman IV型
腫瘍の性状*2	<input type="checkbox"/> ¹ 嚢胞型 <input type="checkbox"/> ² 充実型 <input type="checkbox"/> ³ 混合型(嚢胞成分優位) <input type="checkbox"/> ⁴ 混合型(充実成分優位)
腫瘍最大径	cm
腫瘍栄養血管同定の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり → <input type="checkbox"/> ¹ 仙骨正中動脈 <input type="checkbox"/> ² 内腸骨動脈 <input type="checkbox"/> ² その他()

・生後搬送の有無

生後搬送の有無	生後に他施設へ <input type="checkbox"/> ¹ 搬送しなかった(出生施設で治療) <input type="checkbox"/> ² 搬送した(搬送先: _____)
---------	---

手術

<input type="checkbox"/> ⁰ 未実施 <input type="checkbox"/> ¹ 実施	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 手術を未実施の場合は本欄のみご記入下さい 手術未実施の理由 </div>			
	手術未実施の場合の最終血液検査			
	Hb	g/dL	血小板数	x 10 ⁴ /μL
	pH		Base Excess	mEq/L
	Lactate	mmol/L	AFP 値	ng/mL

手術を実施している場合は本項目以下もご記入下さい

・術前の状況

術前輸血の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり
---------	---

・手術前の血液検査 ⁰未実施

Hb	g/dL	血小板数	x 10 ⁴ /μL
pH		Base Excess	mEq/L
Lactate	mmol/L	術前 AFP 値	ng/mL

・手術

手術日時	20 年 月 日 (時 分)		
開腹の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり		
腫瘍血管塞栓術併用の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり	腫瘍血管の先行遮断の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり
体位	<input type="checkbox"/> ¹ 仰臥位 <input type="checkbox"/> ² 腹臥位 <input type="checkbox"/> ³ 側臥位 <input type="checkbox"/> ⁴ 複数体位 ()		
手術時間	分	出血量	mL
術中輸血の有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり	術中心マッサージの有無	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり
手術の種類	<input type="checkbox"/> ¹ 全摘(100%) <input type="checkbox"/> ² 亜全摘(90%以上) <input type="checkbox"/> ³ 部分切除(90%未満)		
術中周囲臓器損傷の有無 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり → <input type="checkbox"/> ¹ 尿道 <input type="checkbox"/> ² 直腸 <input type="checkbox"/> ³ 膈 <input type="checkbox"/> ⁴ 子宮 <input type="checkbox"/> ⁵ 卵巣 <input type="checkbox"/> ⁶ その他 ()		

・周術期合併症

敗血症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	DIC	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	皮膚壊死	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
周辺臓器の副損傷	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	腎不全	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
再手術の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: _____)		
その他			

・病理診断 なし あり(以下に詳細をご記入下さい)

腫瘍重量	_____ g	腫瘍径	(縦)_____cm × (横)_____cm × (高)_____cm
病 型*1	<input type="checkbox"/> ¹ Altman I型 <input type="checkbox"/> ² Altman II型 <input type="checkbox"/> ³ Altman III型 <input type="checkbox"/> ⁴ Altman IV型		
腫瘍の性状*2	<input type="checkbox"/> ¹ 嚢胞型 <input type="checkbox"/> ² 充実型 <input type="checkbox"/> ³ 混合型(嚢胞成分優位) <input type="checkbox"/> ⁴ 混合型(充実成分優位)		
組織診断	<input type="checkbox"/> ¹ mature <input type="checkbox"/> ² immature <input type="checkbox"/> ³ 悪性		

Comments

予 後

・ 転 帰

最終予後確認日 (死亡日)	20 年 月 日
転 帰	<input type="checkbox"/> ¹ 生存 <input type="checkbox"/> ² 死亡 (確認日に死亡日をご記入下さい) └─┬─┘ <input type="checkbox"/> ¹ 入院中 <input type="checkbox"/> ² 退院 (退院日: 20____年____月____日) (下記退院時後遺症欄もご記載下さい)

・ 退院時後遺症

低酸素性脳症	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり	排尿障害	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり
排便障害	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり	下肢運動障害	<input type="checkbox"/> ⁰ なし <input type="checkbox"/> ¹ あり
その他			

Comments

