

## 胎児胸水に関する全国実態調査

### 症例調査票

施設名および診療科名	病院 <span style="float: right;">科</span>
調査票 ID	
調査票作成日	20    年    月    日
調査票作成者	印

\*\*\* 調査票記入上の注意事項 \*\*\*

1. 記入後は、必ずコピーをとり、施設で保管してください。  
(コピーは、研究終了後には廃棄してください)
2. 以下の対象者についてご記入ください。

**2007年1月1日から2011年12月31日までの期間に分娩した原発性胎児胸水とダウン症候群と肺分画症による続発性胎児胸水の症例**

3. 全般的な注意点
  - 1) 記入: 黒または青のペンまたはボールペンで記入してください。
  - 2) 該当する項目の  に  を付けてください。
  - 3) 複数選択と記載していない場合は1つだけ選択してください。
  - 4) 記入するデータのない欄には斜線を引いてください。
  - 5) 患者の氏名など個人を特定できる情報は記載しないでください。

**出生前の情報**

## • 出生前診断

最初に胎児胸水 と診断された妊娠週数	週	分娩予定日	20	年	月	日
-----------------------	---	-------	----	---	---	---

## • 母体情報

母体の年齢	歳	単胎または多胎 (今回の妊娠)	<sup>1</sup> 単胎	<sup>2</sup> 多胎
経妊数	回	経産数		回

## • 初回超音波検査

初回超音波検査実施日	20	年	月	日
初回超音波検査実施妊娠週数	週	日		
片側性か両側性か	片側性	両側性		
胎児皮下浮腫の有無	<sup>0</sup> なし	<sup>1</sup> あり		
胎児腹水の有無	<sup>0</sup> なし	<sup>1</sup> あり		
羊水過多の有無	<sup>0</sup> なし	<sup>1</sup> 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

• 胸水が自然消失したか <sup>0</sup>しない <sup>1</sup>した(自然消失した妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日)

・最終超音波検査（分娩前）

最終超音波検査実施日	20 年 月 日		
最終超音波検査実施妊娠週数	週 日		
片側性か両側性か	片側性	両側性	
胎児皮下浮腫の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
胎児腹水の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
羊水過多の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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

・染色体検査（羊水穿刺または絨毛採取）をしたか してない した

・その結果は異常か正常か 正常 異常(以下に詳細をご記入下さい)

・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)



・胎児治療 <sup>0</sup>なし <sup>1</sup>あり(以下に詳細をご記入下さい)

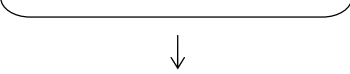
治療1	実施妊娠週数	週 日
	治療内容	1 胸腔穿刺 2 胎児胸腔 羊水腔シャント術 3 その他 ( )
治療2	実施妊娠週数	週 日
	治療内容	1 胸腔穿刺 2 胎児胸腔 羊水腔シャント術 3 その他 ( )
治療3	実施妊娠週数	週 日
	治療内容	1 胸腔穿刺 2 胎児胸腔 羊水腔シャント術 3 その他 ( )
治療4	実施妊娠週数	週 日
	治療内容	1 胸腔穿刺 2 胎児胸腔 羊水腔シャント術 3 その他 ( )
治療5	実施妊娠週数	週 日
	治療内容	1 胸腔穿刺 2 胎児胸腔 羊水腔シャント術 3 その他 ( )
治療6	実施妊娠週数	週 日
	治療内容	1 胸腔穿刺 2 胎児胸腔 羊水腔シャント術 3 その他 ( )

・胎児死亡

子宮内胎児死亡の有無	<sup>0</sup> なし <sup>1</sup> あり → 胎児死亡の確認日：20____年____月____日
------------	--

<b>出生時の情報</b>
---------------

・出生時の状況

出生日時	20 年 月 日 ( 時 分)		
在胎週数	週 日		
性別	<sup>1</sup> 男 <sup>2</sup> 女	出生体重	g
分娩方法	<sup>1</sup> 予定帝王切 <sup>2</sup> 緊急帝王切 <sup>3</sup> 経膣  帝王切開の場合、その理由 ( )		
分娩時合併症の有無	<sup>0</sup> なし <sup>1</sup> あり(以下に詳細をご記入下さい)		
内容			
Apgar Score 1分	点	Apgar Score 5分	点
他の合併奇形の有無	<sup>0</sup> なし <sup>1</sup> あり(以下に詳細をご記入下さい)		
内容	( )		
人工呼吸管理	<sup>0</sup> なし <sup>1</sup> nDPAP <sup>2</sup> IMV <sup>3</sup> HFO		
人工呼吸管理の期間	ヶ月		
出生後の外科的治療	<sup>0</sup> なし <sup>1</sup> トロッカー挿入 <sup>2</sup> OK432注入		
出生後の入院期間	ヶ月		
児の予後	死亡 (20 年 月 日) 生存 (最終確認 20 年 月 日 )		

## ・子宮内胎児死亡または出生後の児死亡の症例，病理解剖の有無

病理解剖の有無	0 なし      1 あり →下に死因と所見を記入してください
	死因： 所見：

Comments