

IV 卷末資料

1.

チャイルド・デス・レビュー制度に用いる死亡調査票
(案)

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

都道府県 死亡した年 事例番号
番号 (西暦下二桁)

住所地の郵便番号

--	--	--	--	--	--	--	--

死亡した
都道府県

住所地と
同じ・異なる

事件番号：

死者の氏名：		
生年月日：		死亡年月日：
死亡したところ（施設名等）		

チェックリスト

連絡先等

・死亡診断した医療施設	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
・死亡事象に関係する前医	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
・かかりつけ医	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
・剖検医	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
・救急隊	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
・児童相談所	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
・保健行政	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
・警察	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
・学校・保育所等	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当

A1. 死亡の原因，死因調査

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

死亡診断書 / 死体検案書の情報

I欄	(ア) 直接死因
	(イ) (ア) の原因
	(ウ) (イ) の原因
	(エ) (ウ) の原因
II欄	影響を及ぼした傷病名等

死後検査の情報

死亡に直結した診療時の撮影も含む

画像検査の有無：

有・無・不明

主な画像所見：

解剖の有無：

有・無・不明

解剖の種類：

病理・法医
解剖・解剖

，法医解剖の場合

司法・調査法
解剖・(新法)・行政・不明
解剖・解剖

解剖の結果，その他特記すべき事項（結果不明の場合は「不明」と明記してください。調査票B1も参照）

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑
調査票B1参照

A2. 死亡の医学的背景

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

死亡時の所見

死亡時体重：

kg・不明

外表所見：

特記すべきことなし

基礎疾患 / 既往歴

基礎疾患の有無：

有・無・不明

基礎疾患の
リスク分類

特になし（健常）。
 適切に管理されれば予後に影響は少ない。
 適切に管理されても予後に影響しうる。
 ハイリスクであり、治療可能か不明。
 寿命短縮が明確。

基礎疾患名：

別紙参照

別紙を添付の場合は

医療的ケア：

有・無・不明

「有」の場合、実施内容に

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 気管切開 |
| <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法（常時） | <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法（要時） |
| <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 |
| <input type="checkbox"/> 人工肛門 | <input type="checkbox"/> 腹膜透析 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

生育歴

在胎週数：

週・不明

出生体重：

g・不明

家族歴（家族構成を含む）

別紙参照

別紙を添付の場合は

健診：

ほぼ 一部 受診歴 不明
受診 受診 なし

予防接種：

ほぼ 一部 接種歴 不明
接種 接種 なし

A3. 死亡に至った状況

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

No.

--	--	--	--	--	--

治療開始までの状況 (死亡に間接的に影響した既往等についても併せて記載)

院外急変例に該当:

病院に搬送:

死亡(発見)時および
治療開始までの状況:

別紙参照

別紙を添付の
場合は

治療経過と検査結果 (死因, 死亡状況に関する記載者の考察も併せて記載)

別紙参照

別紙を添付の
場合は

A4. 死亡後のアクション

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

死亡に関連した各種アクション

警察に通報：

した・しない

通報した場合、
その理由：

- 異状死のため
- 犯罪であるため
- 事故であるため

院内CPT*の起動：

した・しない

*: CPT (Child Protection Team)
= 病院内子ども虐待対応組織

児童相談所に通告：

した・しない

児童相談所に照会：

した・しない

医療事故調査制度
の対象であるか検討：

した・しない

医療事故調査制度
の対象として報告：

した・しない

院内で医学的な検証：

した・しない

各種検証結果（抄） 調査票B7も参照。

院内で多職種検証：

した・しない

その他の検証：

した・しない

別紙参照

--

別紙を添付の
場合は
調査票B7参照

書ききれない場合など、別紙を添付してください。

A5. 追加情報 / 自由記載

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

追記事項，コメント，検証されたい事項，懸念事項など

--

B2. 保健行政

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

該当情報の有無

情報提供の可否:

可・不可・回答 不可

関与歴:

有・無

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

家庭環境:
(記載者の印象)

養育 . 危険が . 不安を . 問題
困難 あった 感じた なし

母の属性:

ハイリスク . 特定 . 該当
妊産婦 妊産婦 なし

危険なエピソード:
(記録にあるもの)

複数回 . 単回 . 可能性 . なし
あり あり あり

児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

記録:

--

別紙参照

別紙を添付の
場合は

書ききれない場合、別紙を添付してください。

B3. 児童福祉

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

該当情報の有無

情報提供の可否:

可・不可・回答 不可

関与歴:

有・無

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

家庭環境:
(記載者の印象)

養育 . リスク . 不安は . 問題 不全 あり あった なし
--

児の属性:

要保護 . 要支援 . 該当 なし

危険なエピソード:
(記録にあるもの)

複数回 . 単回 . 可能性 . なし あり あり あり

児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

記録:

--

別紙参照

別紙を添付の
場合は

書ききれない場合、別紙を添付してください。

B4. 教育 / 養育

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

該当情報の有無

情報提供の可否:

可・不可・回答 不可

対人関係:

困難・心配は・問題 あった なし

ここから下は、
可能な範囲で可及的に回答ください。

学習:

困難・心配は・問題 あった なし

家庭環境:

問題・心配は・問題 あり あった なし

危険なエピソード:
(記録にあるもの)

複数回・単回・可能性・なし あり あり あり

児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

記録:

--

別紙参照

別紙を添付の
場合は

書ききれない場合、別紙を添付してください。

Child Death Review

予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票 (追加票)

B5. 警察

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

該当情報の有無

情報提供の可否:

可・不可・回答 不可

回答不可の場合,
その理由:

- | |
|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 送検例のため |
| <input type="checkbox"/> 捜査中のため |
| <input type="checkbox"/> その他 |

警察の関与:

有・無

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

通報者:

病院・消防・家族・その他 (救急) 等

通報の理由:

異状死・事故・事件・その他 届出 (虐待を含む)

事件性:

あり・捜査中・なし

記録:

--

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

関与した物体の情報(材質、性状、大きさ、配置、死者との位置関係など)を中心に記載し、可及的に現場写真を別途添付してください。
書ききれない場合、別紙を添付してください。

B6. 追記用紙

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

記録

--

B7. 検証結果票

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--	--	--

検証の概要

検証の名称：

開始された契機：

参加者：

	直接関係した者	直接は関係しない者
臨床医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医学研究者（法医学者等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ソーシャルワーカー（MSW）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の医療関係者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保健行政（保健師等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
児童福祉（児童福祉司等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
捜査（警察，検察等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教育・養育（教師，保育士等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

検証結果の抄：

検討事項 死因 死者の状況 環境の状況 予防策 その他

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

可及的に予防策を具体的に記載してください。
書ききれない場合、別紙を添付してください。

C1. 選定（スクリーニング）

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

死因，死因究明

死因再分類：

死因分類表から該当する番号をすべて列挙してください。

死亡診断書等との齟齬など
なんらかの懸念がある
(各種結果が反映されない等)

死因究明が不十分であるなど
死因や経緯に不詳の点が残る
(死因再分類に0が含まれる)

死亡経過に外因の関与がある
(死因再分類に1~3が含まれる)

該当する項目に
☑をつける。

養育要因

養育不全の有無：

明らかに 養育不全の 虐待/養育不全
虐待 要素がある 特になし

両方とも「特になし」以外

環境要因

養育困難の有無：

養育 特になし
困難 □ 家庭環境 □ 養育者等 □ 本人

予防可能性

予防の可能性：

高い・あり・低い・判断不可

「低い」
以外

一項目でも
該当の場合、
追加検証へ。

判定

以後の検証不要

個別検証

- 済
- 未済

検証の外部委託

- 既存の検証制度
- その他

CDRの対象外

判断保留

- 死亡情報過少
- 周辺情報必須
- その他

追記事項

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

一次検証結果の修正

死因：

<input type="checkbox"/> 修正要 ()
<input type="checkbox"/> 不要

養育不全：

<input type="checkbox"/> 修正要 ()
<input type="checkbox"/> 不要

予防可能性：

<input type="checkbox"/> 修正要 ()
<input type="checkbox"/> 不要

養育困難：

<input type="checkbox"/> 修正要 ()
<input type="checkbox"/> 不要

フィードバック：

機関に . 一次検証 . 通知
通知 に通知 不要

懸念事項 / フィードバックされるべき事項

--

別紙参照

--

別紙を添付の
場合は☑

