

エコチル調査 ドクター調査票 (Dr-T1) : **登録時** 分娩予定日決定後に記入

実施機関情報

施設登録番号:
 施設名: _____
 住所: 〒 (_____)

記入者: 医師 看護師・助産師 RC その他
 記入日: 西暦 年 月 日
 氏名 (自署) _____

お母様の情報

エコチルIDラベル
を貼付願います

ユニットセンター登録番号 (ID) :

氏名: _____ 生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 歳

現住所: 〒 (_____)
 電話番号 (自宅) : _____ (携帯) : _____

登録時の妊娠週数: _____ 週 _____ 日
 分娩予定日: 西暦 年 月 日
 (算出方法: 最終月経 CRLで補正 人工授精・体外受精日より)
 分娩予定場所: 当院 転院(協力医療機関) 転院(その他) 里帰り 未定
 里帰り予定地: (市区町村: _____)
 (分娩予定施設名: _____)

母親の身長: . cm 非妊時体重: . kg (※小数点以下第1位まで)
 現在の体重: . kg 計測日: 西暦 年 月 日
 今回の妊娠: 自然妊娠 排卵誘発 AIH 体外受精(IVF) 顕微受精(ICSI)
 新鮮胚移植 凍結胚移植 胚盤胞移植
 胎児数及び膜性診断: 単胎 双胎(DD) 双胎(MD) 双胎(MM) 品胎 要胎以上
 月経異常: なし あり→ 月経不順(過短月経) 月経不順(過長月経) 月経不順(過少月経)
 月経不順(過多月経) 多嚢胞性卵巣症候群 月経困難(軽度)
 月経困難(高度) その他の月経異常
 過去1年間の常用薬: なし あり→ *別紙による詳細聞き取り調査を実施
 今回妊娠前3ヶ月以内の子宮卵管造影検査: なし あり

エコチル調査 ドクター調査票 (Dr-1m) : 1ヶ月健診時

*産科と新生児科で個別に診察する場合は、それぞれ1枚を使って該当箇所を記入 (第2版)

実施機関情報

施設登録番号:

施設名: _____

記入者: 医師 看護師・助産師 RC その他

診療科: 産科 新生児科

記入日: 西暦 年 月 日

氏名 (自署) _____

お母様の情報

お母様のエコチルIDラベルを貼付願います

お子さまのエコチルIDラベルを貼付願います

お子さまの氏名 _____ 第 子

氏名: _____ 生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 歳

現住所: 〒 (_____ - _____)

電話番号 (自宅): _____ (携帯): _____

お子さまのエコチルID: (ラベルをお使い下さい)

■母体・新生児計測日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■母体の産褥経過 治療中の疾患: なし あり (疾患名: _____)

投与中の薬剤: なし あり (薬剤名: _____)

母親の体重: . kg 収縮期血圧/拡張期血圧: / mmHg

浮腫: - ± + 2+ 乳腺炎: なし あり

尿検査 糖: - ± + 2+ 3+ 4+

蛋白: - ± + 2+ 3+ 4+

■児の経過

治療中の疾患: なし あり (疾患名: _____) 投与中の薬剤: なし あり (薬剤名: _____)

遷延性黄疸(生後2週間以上続く黄疸): なし あり 母乳栄養の中止: なし あり (生後____日目より)

児計測: 児の体重 g 体重増加(1日当たり) g

身長 . cm 頭囲 . cm 胸囲 . cm

先天性代謝異常等検査: 異常なし 要再検 要精検

診断確定→

フェニルケトン尿症 メープルシロップ尿症 ホモシチン尿症

ガラクトース血症 先天性甲状腺機能低下症(クレチン症) 先天性副腎過形成症

その他 (_____)

聴覚スクリーニング異常： なし あり 未実施

栄養法： 母乳 混合乳 ミルク：1ヶ月時 _____cc/回 _____回/日

排泄：排便回数 回/日

児の身体異常： なし あり

↓ (*確定診断名にレ点を記入し、未確定の場合は最終行の「未確定の異常欄」に概要を記入する)

頭部・脳： 無脳症 脳瘤 小頭症 水頭症 頭蓋瘍 全前脳胞症 脳梁欠損
 その他の頭部・脳異常 ()

眼： 眼瞼欠損 小眼球症 (無眼球症) 白内障 その他の眼異常 ()

耳： 小耳症 外耳道閉鎖 埋没耳 耳介低位 その他の耳異常 ()

口・顔面： 口唇裂 口蓋裂 口唇口蓋裂 顔面裂 先天性歯
 その他の口顔面異常 ()

上肢： 多指症 合指症 裂手症 その他の上肢異常 ()

胸部： 先天性横隔膜ヘルニア 肺分画症 CCAM(先天性嚢胞性腺腫様奇形)
 肺低形成 先天性心疾患 不整脈
 その他の胸部異常 ()

腹部： 臍帯ヘルニア 腹壁破裂 食道閉鎖 十二指腸閉鎖 小腸閉鎖
 鎖肛(直腸肛門奇形) 鼠径ヘルニア その他の腹部異常 ()

泌尿生殖器： 水腎症 嚢胞性腎奇形 腎無形成 尿道下裂 停留精巣・非触知精巣
 膀胱外反症・総排泄腔外反症 陰核肥大 陰開口異常 性別不分明
 その他の生殖器異常 ()

下肢： 多趾症 合趾症 裂足症 その他の形態異常
 その他の下肢異常 ()

皮膚： 6個以上または巨大な色素異常斑(茶) 6個以上または巨大な色素異常斑(黒)
 6個以上または巨大な色素異常斑(赤) 6個以上または巨大な色素異常斑(白)
 血管腫 継続する水疱・小水疱・びらん形成(先天性表皮水疱症、色素失調症)
 その他の皮膚異常 ()

背部： 脊髄髄膜瘤(二分脊椎) その他の背部異常 ()

染色体異常： Down症候群 trisomy 18 trisomy 13 Turner症候群
 その他の染色体異常 ()

→染色体検査による診断の確定： あり なし 確定診断なし(追跡結果：)

骨格・筋： 致死性骨異形成症 軟骨無発生症 軟骨無形成症
 骨形成不全症候群 先天性関節脱臼 先天性多発性関節拘縮症
 フロッピーインファント その他の骨格・筋異常 ()

結合： 結合胎児

卵膜： 羊膜索症候群

その他の異常： あり(確定診断名：)

未確定の異常： あり(確定診断を待つ異常の概要：)

1か月検診時における生体試料採取 母乳： 実施 未実施

子供の毛髪： 実施 未実施

エコチル調査 ドクター調査票 (Dr-0m) : **分娩時** 母親入院中に記入

*産科と新生児科で個別に診察する場合は、それぞれ1枚を使って該当箇所を記入 (第2版)

施設登録番号:

施設名: _____

記入者: 医師 看護師・助産師 RC その他

記入日: 西暦 年 月 日

氏名 (自署) _____

お母様の情報

エコチルIDラベルを貼付願います

氏名: _____ 生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 歳

現住所: 〒 (_____ - _____)

電話番号 (自宅): _____ (携帯): _____

*母親死亡、流産・死産の場合も母体情報、児情報(性別、計測値ほか)、児の身体異常の項目への記載もお願いします。

■新生児情報 単胎 多胎 ()胎 絨毛膜()枚 羊膜()枚 (一・二)卵性

(多胎の場合 第 子 *児1人につき本用紙1枚を使用してください)

出生日: 西暦 年 月 日 妊娠: 週 日

(生産 死産)

*妊娠が流産に終わった場合: 自然流産 () 週 () 日 人工流産 () 週 () 日

性別: 男 女 不明

Apgar score: 生後1分 点 5分 点 臍帯動脈血pH値: .

分娩様式: 自然 誘発・促進(理由: _____) 吸引 鉗子 *小数点以下第二位まで

<input type="checkbox"/> 予定帝王切開・ 緊急帝王切開→	<input type="checkbox"/> 反復帝王切開	<input type="checkbox"/> 既往子宮手術	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群
	<input type="checkbox"/> 前置胎盤	<input type="checkbox"/> 胎児機能不全	<input type="checkbox"/> 胎位異常
	<input type="checkbox"/> 分娩遷延・停止	<input type="checkbox"/> 多胎	<input type="checkbox"/> 前期破水
	<input type="checkbox"/> 子宮内感染	<input type="checkbox"/> CPD	<input type="checkbox"/> 予定日超過
	<input type="checkbox"/> 合併症・その他 (_____)		

経膣分娩の場合: 分娩時間 (陣痛発来から分娩までの時間): 時間 分

無痛分娩: なし あり→ 麻酔様式: 硬膜外 硬脊麻 傍頸管ブロック

胎位: 頭位 横位 骨盤位 その他 (_____)

出生時計測：体重 g 身長 . cm 頭囲 . cm
胸囲 . cm 胎盤重量 g

胎盤・臍帯異常： なし あり→ (内容：)

母親の入院期間： () 月 () 日 ~ () 月 () 日 日間

児の入院期間： () 月 () 日 ~ () 月 () 日 日間

新生児黄疸： なし あり→ (生後____日目 Bil値)

治療： 光線療法 時間 交換輸血
 治療なし

新生児合併症： なし あり→ (診断名：)

新生児搬送： なし あり→ (医療機関名：)

■母体妊娠経過情報

妊娠前の体重： . kg (計測日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

分娩直前の体重： . kg (計測日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日、妊娠 _____ 週)

妊娠中の血糖値： mg/dl (計測日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日、妊娠 _____ 週)

(随時血糖 空腹時血糖)

母体感染症： なし あり↓

HBs抗原陽性(HBe抗原陽性)：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	HBs抗原陽性：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
HCV抗体陽性(HCV-RNA陽性)：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	HCV抗体陽性：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
梅毒反応陽性(STS・RPR陽性)：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	梅毒反応陽性(TPHA・FTA-ABS陽性)：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
HIV感染(ウェスタンブロット或いはRT-PCRで確認されたもの)：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施		
HTLV-1抗体陽性：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	頸管クラミジア抗原陽性：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
GBS陽性：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	カンジタ：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
風疹：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	トキソプラズマ：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
CMV：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	単純ヘルペス：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施
その他：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施		

妊娠中に併発している疾患(合併症)： なし あり↓

高血圧 甲状腺疾患(機能亢進症) 甲状腺疾患(機能低下症) 糖尿病
 自己免疫性疾患 心疾患 腎疾患 肝炎 脳梗塞 脳内出血 てんかん
 血液疾患 悪性腫瘍 精神疾患 神経疾患 血栓症 その他(病名)

妊娠中に使用した薬剤：

- なし あり→ ステロイド 抗生物質 鉄剤 葉酸
 その他 ()

不育症治療（不妊治療、流産予防を含む）：

- なし あり→ 低用量アスピリン ステロイド ヘパリン プロゲステロン
 免疫療法 漢方薬 その他 ()

頸管熟化・陣痛促進剤：

- なし あり→ プラステロン硫酸ナトリウム(マイリスなど) オキシトシン PGE2
 PGF2 α ゲメプロスト(プレグランディンなど)
 その他 ()

子宮収縮抑制剤：

- なし あり→ リトドリン 硫酸マグネシウム インドメタシン
 その他 ()

分娩時（臍帯切断・消毒時）のヨード含有消毒剤使用： なし あり

慢性疾患に対する定期的投薬：

- なし あり→ (内容：)

ヨード剤の使用（甲状腺疾患治療・造影検査など）：

- なし あり→ (時期：妊娠 () 週ごろ)
(種類：)

妊娠中の栄養指導：

- なし あり→ (時期：妊娠 () 週ごろ)
理由： ()

産科・分娩合併症：(*ありの場合、診断した妊娠週数を[()週 ()日]欄に記入)

- なし あり→ 切迫流産 [()週 ()日] 切迫早産 [()週 ()日]
 妊娠糖尿病 [()週 ()日] 前期破水 [()週 ()日]
 前置胎盤 [()週 ()日] 胎児機能不全 [()週 ()日]
 羊水過少 [()週 ()日] 羊水過多 [()週 ()日]
 羊水混濁 [()週 ()日] 羊水塞栓 [()週 ()日]
 常位胎盤早期剥離 [()週 ()日] 癒着胎盤 [()週 ()日]
 子宮内胎児発育遅延 [()週 ()日] 子宮内胎児死亡 [()週 ()日]
 妊娠高血圧症候群(軽症・中等症) [()週 ()日]
 妊娠高血圧症候群(重症) [()週 ()日]
 その他 () [()週 ()日]
 子宮内感染
 母体死亡 集中治療室入室(転機：)
 輸血 ()

新生児の身体異常： なし あり

↓ (*確定診断名にレ点を記入し、未確定の場合は最終行の「未確定の異常欄」に概要を記入する)

- 頭部・脳： 診察無し 無脳症 脳瘤 小頭症 水頭症 頭蓋癆 全前脳胞症
 脳梁欠損 その他の頭部・脳異常 ()
- 眼： 眼瞼欠損 小眼球症(無眼球症) 白内障
 その他の眼異常 ()
- 耳： 聴覚異常 小耳症 外耳道閉鎖 埋没耳 耳介低位
 その他の耳異常 ()
- 口 顔 面： 口唇裂 口蓋裂 口唇口蓋裂 顔面裂 先天性歯
 その他の口顔面異常 ()
- 上 肢： 多指症 合指症 裂手症 その他の上肢異常 ()
- 胸 部： 先天性横隔膜ヘルニア 肺分画症 CCAM(先天性嚢胞性腺腫様奇形) 肺低形成
 先天性心疾患 不整脈 その他の胸部異常 ()
- 腹 部： 臍帯ヘルニア 腹壁破裂 食道閉鎖 十二指腸閉鎖 小腸閉鎖
 鎖肛(直腸肛門奇形) 鼠径ヘルニア その他の腹部異常 ()
- 泌尿生殖器： 水腎症 嚢胞性腎奇形 腎無形成 尿道下裂 停留精巣・非触知精巣
 膀胱外反症・総排泄腔外反症 陰核肥大 膣開口異常 性別不分明
 その他の泌尿生殖器異常 ()
- 下 肢： 多趾症 合趾症 裂足症 その他の形態異常
 その他の下肢異常 ()
- 皮 膚： 6個以上または巨大な色素異常斑(茶) 6個以上または巨大な色素異常斑(黒)
 6個以上または巨大な色素異常斑(赤) 6個以上または巨大な色素異常斑(白)
 血管腫 継続する水疱・小水疱・びらん形成(先天性表皮水疱症、色素失調症)
 その他の皮膚異常 ()
- 背 部： 脊髄髄膜瘤(二分脊椎) その他の背部異常 ()
- 染色体異常： Down 症候群 trisomy 18 trisomy 13 Turner 症候群
 その他の染色体異常 ()
- 染色体検査による診断の確定： あり なし
- 骨格・筋： 致死性骨異形成症 軟骨無発症 軟骨無形成症 骨形成不全症候群
 先天性多発性関節拘縮症 フロッピーインファント
 その他の骨格・筋異常 ()
- 結 合： 結合胎児
- 卵 膜： 羊膜索症候群
- その他の異常： あり(確定診断名：)
- 未確定の異常： あり(確定診断を待つ異常の概要：)

分娩入院時の生体試料採取(施行されたものにチェック)

臍帯血： 実施 未実施

母体血： 実施 未実施 母毛髪： 実施 未実施 子ども濾紙血： 実施 未実施

1ヶ月健診の受診予定日：西暦 年 月 日

妊娠分娩歴： 妊娠 回(今回を除く) 分娩 回 *多胎の場合は児数分の番号を使用してください。

第1回妊娠	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣) <input type="checkbox"/> 分娩(帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産		
	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳で分娩 妊娠 <input type="text"/> <input type="text"/> 週	<input type="checkbox"/> 正期産 <input type="checkbox"/> 早産	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生時体重： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	
	<input type="checkbox"/> 生存(正常) <input type="checkbox"/> 生存(異常： <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 死亡(原因： <input type="text"/>)		
	異常妊娠合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は、以下にチェック(レ)をつけてください) <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胞状奇胎 <input type="checkbox"/> その他の妊娠合併症 (<input type="text"/>)		

第2回妊娠	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣) <input type="checkbox"/> 分娩(帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産		
	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳で分娩 妊娠 <input type="text"/> <input type="text"/> 週	<input type="checkbox"/> 正期産 <input type="checkbox"/> 早産	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生時体重： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	
	<input type="checkbox"/> 生存(正常) <input type="checkbox"/> 生存(異常： <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 死亡(原因： <input type="text"/>)		
	異常妊娠合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は、以下にチェック(レ)をつけてください) <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胞状奇胎 <input type="checkbox"/> その他の妊娠合併症 (<input type="text"/>)		

第3回妊娠	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣) <input type="checkbox"/> 分娩(帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産		
	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳で分娩 妊娠 <input type="text"/> <input type="text"/> 週	<input type="checkbox"/> 正期産 <input type="checkbox"/> 早産	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生時体重： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	
	<input type="checkbox"/> 生存(正常) <input type="checkbox"/> 生存(異常： <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 死亡(原因： <input type="text"/>)		
	異常妊娠合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は、以下にチェック(レ)をつけてください) <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胞状奇胎 <input type="checkbox"/> その他の妊娠合併症 (<input type="text"/>)		

第4回妊娠	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣) <input type="checkbox"/> 分娩(帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産		
	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳で分娩 妊娠 <input type="text"/> <input type="text"/> 週	<input type="checkbox"/> 正期産 <input type="checkbox"/> 早産	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生時体重： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	
	<input type="checkbox"/> 生存(正常) <input type="checkbox"/> 生存(異常： <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 死亡(原因： <input type="text"/>)		
	異常妊娠合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は、以下にチェック(レ)をつけてください) <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胞状奇胎 <input type="checkbox"/> その他の妊娠合併症 (<input type="text"/>)		

第5回妊娠	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣) <input type="checkbox"/> 分娩(帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産		
	<input type="text" value=""/> 歳で分娩 妊娠 <input type="text" value=""/> 週	<input type="checkbox"/> 正期産 <input type="checkbox"/> 早産	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生時体重: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> g	
	<input type="checkbox"/> 生存(正常) <input type="checkbox"/> 生存(異常:) <input type="checkbox"/> 死亡(原因:)		
	異常妊娠合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は、以下にチェック(レ)をつけてください) <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胞状奇胎 <input type="checkbox"/> その他の妊娠合併症 ()		

第6回妊娠	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣) <input type="checkbox"/> 分娩(帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産		
	<input type="text" value=""/> 歳で分娩 妊娠 <input type="text" value=""/> 週	<input type="checkbox"/> 正期産 <input type="checkbox"/> 早産	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生時体重: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> g	
	<input type="checkbox"/> 生存(正常) <input type="checkbox"/> 生存(異常:) <input type="checkbox"/> 死亡(原因:)		
	異常妊娠合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は、以下にチェック(レ)をつけてください) <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胞状奇胎 <input type="checkbox"/> その他の妊娠合併症 ()		

第7回妊娠	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣) <input type="checkbox"/> 分娩(帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産		
	<input type="text" value=""/> 歳で分娩 妊娠 <input type="text" value=""/> 週	<input type="checkbox"/> 正期産 <input type="checkbox"/> 早産	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生時体重: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> g	
	<input type="checkbox"/> 生存(正常) <input type="checkbox"/> 生存(異常:) <input type="checkbox"/> 死亡(原因:)		
	異常妊娠合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は、以下にチェック(レ)をつけてください) <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胞状奇胎 <input type="checkbox"/> その他の妊娠合併症 ()		

第8回妊娠	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣) <input type="checkbox"/> 分娩(帝王切開) <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 死産		
	<input type="text" value=""/> 歳で分娩 妊娠 <input type="text" value=""/> 週	<input type="checkbox"/> 正期産 <input type="checkbox"/> 早産	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生時体重: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> g	
	<input type="checkbox"/> 生存(正常) <input type="checkbox"/> 生存(異常:) <input type="checkbox"/> 死亡(原因:)		
	異常妊娠合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合は、以下にチェック(レ)をつけてください) <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胞状奇胎 <input type="checkbox"/> その他の妊娠合併症 ()		

不育症 なし

あり →

原因不明 抗リン脂質抗体症候群

子宮奇形 夫婦染色体異常 歳

その他 (歳)

検体採取の実施（施行されたものにチェック）： 母体血 母体尿