

Sub-form D: 出生時のfollow-up (死産, 妊娠第三期, 新生児期を含む)

生後3ヶ月までにご報告下さい

選択肢のあるものは設問にしたがい、番号を選択するかあるいは○をつけて下さい。※欄はこちらで記載いたします。

No.	質問項目	設問	記入欄
1	報告日	患者さんから情報を収集した日(日月年) 例1999年3月21日→21031999	
2	妊娠番号	貴院における何人目の登録症例ですか	
3	国	国のID(日本のID番号です。センターが割り振りました。)	※ 3 7
4	センターID	センターのID(貴院のID番号です。こちらで割り振りました。)	※
5	姓	患者の姓を最初のアルファベット大文字の3文字で記載して下さい。	
6	名前	患者の名前を最初のアルファベット大文字の3文字で記載して下さい。	
7	喫煙	妊娠第三期における喫煙 0=なし, 1=1-10本/日, 2=11-20本/日, 3=20本以上/日, 8=未確認, 9=不明	
8	アルコール摂取	この期間中のアルコール摂取についてあてはまるものに○をつけ、飲酒があればアルコールの内容と量をご記入下さい。 飲酒していない, 月に数回飲酒, 週に数回飲酒, 毎日飲酒	
9	その他の母体側の障害	妊娠第三期における母体側の障害(明らかな感染症などを含む)	
10	AEDの使用	妊娠第三期におけるAED使用の有無 0=なし(設問14へお進み下さい), 1=あり, 8=未確認, 9=不明	
11	服用AED変更の一般名	妊娠第二期に報告したAEDから変更がありますか?1=変更なし 2=変更あり(変更があれば妊娠第三期に使用した新たなAEDの一般名及び開始日を全て御記入下さい。)	
12	服用AEDの用量変更	第一期の報告時から一日用量の変更がありましたか?1=変更なし 2=変更あり(変更があれば、変更した日および妊娠第三期に使用したAEDの用量を一日量(mg)で記載して下さい。期間中数回の変更があれば最後の量をご記入下さい。)	
13	服用回数変更	妊娠第二期からAEDの服用回数に変更がありますか?1=変更なし 2=変更あり 変更があれば変更した日および一番最近の回数をご記入下さい	
14	他の使用薬剤	妊娠第三期にAEDの他に使用した薬剤がありますか?あればすべて御記入下さい。	
15	GTCs	妊娠第三期のGTCsの頻度 0=なし, 1=月に1回以下, 2=月1回, 3=週1回, 4=週に複数回, 5=毎日1回以上 6=その他, 8=未確認, 9=不明	
16	他の発作頻度	妊娠第三期のその他の発作頻度 0=なし, 1=月に1回以下, 2=月1回, 3=週1回, 4=週に複数回, 5=毎日1回以上, 6=その他, 8=未確認, 9=不明	
17	てんかん重積	妊娠第三期におけるてんかん発作重積 0=なし, 1=非けいれん性, 2=痙攣性, 8=未確認, 9=不明	
18	産科的合併症	産科的合併症 0=なし, 1=あり(あれば下記の備考欄に具体的に記載して下さい) 8=未確認, 9=不明	
19	備考欄		
20	この妊娠における出生児の誕生日	この妊娠における出生児の誕生日(日月年) 例 1999年3月21日→21031999	
21	出生児の性別	出生児の性別 1=男児, 2=女児, 3=不明	
22	出生したところ	児の出生した場所 1=病院, 2=家, 3=その他, 8=未確認, 9=不明	
23	分娩方法	分娩方法 0=自然分娩, 2=誘発分娩, 3=帝王切開, 4=吸引分娩, 5=鉗子分娩, 6=その他, 8=未確認, 9=不明	
24	出生児の数	単体出生か多体出生か 1=単体, 2=双生児の第一子, 3=双生児の第二子 4=三つ子の第一子, 5=三つ子の第二子, 6=三つ子の第三子, 8=未確認, 9=不明	
25	分娩時のGTCs	分娩中の発作(てんかん重積状態を含む) 0=なし, 1=痙攣性, 2=その他の発作 3=けいれん重積, 4=非痙攣性重積状態, 8=未確認, 9=不明	
26	出生児の生後1分のApgar score	出生児の生後1分のApgar score 得点を記載して下さい, 88=未確認, 99=不明	
27	出生児の生後5分のApgar score	出生児の生後5分のApgar score 得点を記載して下さい, 88=未確認, 99=不明	
28	生下時体重	生下時体重をgで記載して下さい 8888=未確認, 9999=不明	
29	生下時体長	生下時体長をcmで記載して下さい 88=未確認, 99=不明	
30	生下時頭囲	生下時頭囲をcmで記載して下さい 88=未確認, 99=不明	
31	周産期死亡	周産期死亡 0=なし, 1=あり, 8=未確認, 9=不明	
32	周産期死亡の日時	周産期死亡があれば, 死亡日時を記載して下さい(日月年) 例 1999年3月21日→21031999	
33	周産期死亡の原因	周産期死亡があれば死因を記載して下さい。	
34	奇形	先天奇形 0=なし, 1=あり, 8=未確認, 9=不明	
35	奇形の特定	もし奇形があれば, わかる範囲で具体的に御記入下さい。(診断日時も含む)	

御質問があれば h-ohtani@sshizuokamind.orgあるいは下記の住所まで御連絡下さい。

記入終了後, 〒420-8688静岡市漆山886 静岡てんかん・神経医療センター 大谷英之あてに送って下さい。