

Sub-form E: 出生後1年あるいは妊娠中絶後1年のfollow-up

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。※欄はこちらで記載します。

	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	調査方法	調査方法 1=電話による調査, 2=外来受診, 3=その他	
6	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。	
7	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。	

以下、出産後1年の児の状況についておたずねします。

8	出生後1年間の死亡	出生後1年間の死亡 0=なし, 1=あり	
9	死亡原因	もし、死亡していれば死因を御記入下さい	
10	先天性奇形	sub-form Dを報告後、先天性奇形の診断を受けましたか？ し、1=あり, 8=未確認, 9=不明 0=な	
11	先天性奇形の奇形	奇形があれば、具体的に御記入下さい（可能ならば、治療した医師に確認）	
12	月齢	奇形を診断された月齢を御記入下さい。	
13	入院の有無	生後1年間の入院 0=なし, 1=あり, 8=未確認, 9=不明	
14	入院の理由	入院していれば、その理由を記載して下さい。	

御質問があれば h-ohtani@shizuokamind.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。

郵送でもe-mailでもFax(054-247-9781)でも結構です。