

別紙

利用申請項目

以下、「※」印の項目については、データの必要性等の理由を明記した「特定情報*申請理由」の書類提出が必要です。
 *「特定情報」とは、下記※印の情報をいいます。それ自体では特定の個人を識別することはできませんが、他の情報と組み合わせることにより特定の個人を識別することができる可能性があると当機構が判断した情報です。

(1) 母体の基本情報

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 妊産婦年齢 ※ | <input type="checkbox"/> 初産・経産の別 |
| <input type="checkbox"/> 妊産婦身長 ※ | <input type="checkbox"/> 既往分娩回数 |
| <input type="checkbox"/> 分娩時体重 ※ | <input type="checkbox"/> 流産回数 |
| <input type="checkbox"/> 非妊時体重 ※ | <input type="checkbox"/> 既往妊娠回数 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠前飲酒有無 | <input type="checkbox"/> 既往帝王切開回数 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中飲酒有無 | <input type="checkbox"/> 帝王切開後経膈分娩（VBAC）の回数 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠前喫煙有無 | <input type="checkbox"/> 多胎妊娠回数 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中喫煙有無 | <input type="checkbox"/> 早産回数 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー有無 | <input type="checkbox"/> 死産回数 |
| <input type="checkbox"/> 既往または現病歴 | |
| <input type="checkbox"/> 子宮手術の既往（帝王切開以外）有無 | |
| <input type="checkbox"/> 母体の産科既往歴 | |

(2) 今回の妊娠経過

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 不妊治療 | <input type="checkbox"/> 投薬：塩酸リトドリン |
| <input type="checkbox"/> 健診状況 | <input type="checkbox"/> 投薬：硫酸マグネシウム |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中の転院 | <input type="checkbox"/> 超音波断層法所見：胎盤位置 |
| <input type="checkbox"/> 胎児数 | <input type="checkbox"/> 超音波断層法所見：羊水量診断 |
| <input type="checkbox"/> GBS（膈分泌物培養検査） | <input type="checkbox"/> 超音波断層法所見：胎児形態異常有無 |

(3) 分娩経過

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 入院理由 | <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡 |
| <input type="checkbox"/> 破水区分 | <input type="checkbox"/> 臍帯の長さ |
| <input type="checkbox"/> 前期破水有無 | <input type="checkbox"/> 臍帯付着部 |
| <input type="checkbox"/> 陣痛有無 | <input type="checkbox"/> 臍帯異常 |
| <input type="checkbox"/> 微弱陣痛有無 | <input type="checkbox"/> 胎盤病理組織学検査 |
| <input type="checkbox"/> 過強陣痛または頻収縮有無 | <input type="checkbox"/> 母体体温 |
| <input type="checkbox"/> 和痛・無痛分娩有無 | <input type="checkbox"/> 母体頻脈100回/分以上 有無 |
| <input type="checkbox"/> 分娩誘発の処置 | <input type="checkbox"/> 子宮の圧痛有無 |
| <input type="checkbox"/> 分娩促進の処置 | <input type="checkbox"/> 膈分泌物/羊水の悪臭 有無 |
| <input type="checkbox"/> メトロイリントル | <input type="checkbox"/> 白血球数 |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸管拡張器 | <input type="checkbox"/> CRP |
| <input type="checkbox"/> オキシトシンの投与有無 | <input type="checkbox"/> 分娩時出血 |
| <input type="checkbox"/> PGF2αの投与有無 | <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離有無 |
| <input type="checkbox"/> PGE2の投与有無 | <input type="checkbox"/> 子宮破裂有無 |
| <input type="checkbox"/> その他の薬剤 | <input type="checkbox"/> 切迫早産有無 |
| <input type="checkbox"/> 人工破膜 | <input type="checkbox"/> 頸管無力症有無 |
| <input type="checkbox"/> 子宮弛緩処置有無 | <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群有無 |
| <input type="checkbox"/> 急速遂娩の実施の有無 | <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病有無 |
| <input type="checkbox"/> クリステル胎児圧出法（子宮底圧迫法） | <input type="checkbox"/> その他の産科合併症有無 |
| <input type="checkbox"/> 吸引分娩 | <input type="checkbox"/> 分娩中の転院有無 |
| <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 | <input type="checkbox"/> 分娩中の緊急母体搬送有無 |
| <input type="checkbox"/> 帝王切開区分 | <input type="checkbox"/> 児娩出場所 |
| <input type="checkbox"/> 児娩出経路 | <input type="checkbox"/> CTG（胎児心拍数陣痛図）の有無（CTG自体は含まれません） |
| <input type="checkbox"/> 児娩出時の胎位 | <input type="checkbox"/> 胎児心拍数聴取の方法 |
| <input type="checkbox"/> 肩甲難産有無 | <input type="checkbox"/> 胎児心拍数異常の出現有無 |
| <input type="checkbox"/> 胎盤異常 | <input type="checkbox"/> 分娩所要時間（経膈分娩のみ） |
| <input type="checkbox"/> 羊水異常 | <input type="checkbox"/> 破水から児娩出 |
| <input type="checkbox"/> 臍帯脱出・下垂・潜在性臍帯脱出 | <input type="checkbox"/> 緊急帝王切開術決定から児娩出までの時間 |

(4) 新生児の経過

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 出生年 ※ | <input type="checkbox"/> 出生時の頭囲 |
| <input type="checkbox"/> 出生時刻 | <input type="checkbox"/> アプガースコア |
| <input type="checkbox"/> 出生日（曜日） | <input type="checkbox"/> 臍帯血ガス分析 |
| <input type="checkbox"/> 出生日（休日・平日の別） | <input type="checkbox"/> 生後28日未満の蘇生術 |
| <input type="checkbox"/> 分娩時妊娠週数 | <input type="checkbox"/> 生後28日未満の小児科入院有無 |
| <input type="checkbox"/> 性別 ※ | <input type="checkbox"/> 出生後の新生児搬送有無 |
| <input type="checkbox"/> 出生時体重 | <input type="checkbox"/> 新生児期の治療の有無 |
| <input type="checkbox"/> 出生時の発育状態 | <input type="checkbox"/> 新生児期の診断（新生児期の治療ありの場合） |
| <input type="checkbox"/> S D | <input type="checkbox"/> 低体温療法実施の有無 |