

Sub-form C : 妊娠第24-28週のfollow-up (妊娠第二期)

妊娠28週が過ぎましたら、できるだけ早くご記入ください。

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。

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。	

以下、妊娠第24-28週の経過についておたずねします。

7 死産	死産 0=なし, 1=あり, 8=未確認, 9=不明	
8 死産の日付け	死産の日付け	
9 人工妊娠中絶	人工妊娠中絶 0=なし, 1=胎児奇形疑い(奇形の内容がわかれば、備考欄にご記入ください), 2=母体側の医学的理由による, 3=母体側の社会的理由による, 4=その他(稽留流産など、備考欄に記入のこと), 8=未確認, 9=不明	
10 備考欄		
11 染色体/遺伝子	胎児奇形(自然流産あるいは人工妊娠中絶後の検討による) 0=なし, 1=染色体異常, 2=奇形, 染色体異常および奇形, 8=奇形, 9=不明	
12 特殊な結果	中絶時に見られた胎児奇形を分かる範囲で記載して下さい	
13 喫煙	妊娠第二期における喫煙 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	
14 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	
15 その他の母体側の障害	妊娠第二期における母体側の病気・障害(明らかな感染症, 糖尿病, 高血圧など妊娠に影響を及ぼす可能性のあるもの)	
16 AEDの使用	妊娠第二期におけるAED使用の有無 0=なし(設問20にお済み下さい), 1=あり, 8=未確認, 9=不明	
17 服用AED変更一般名	妊娠第一期に報告したAEDに変更がありましたか? 1=変更なし, 2=変更あり(変更があれば妊娠第二期に使用した新たなAEDの一般名および変更した日を全て記載して下さい。)	
18 服用AEDの用量変更	第一期の報告時から一日用量に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二期に使用した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。)	
19 服用回数変更	妊娠第一期から服用回数に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一番最近の服用回数をご記入下さい	
20 他の使用薬剤	妊娠第二期にAEDの他に使用した薬剤があれば具体的にご記入下さい	
21 GTCs	妊娠第二期の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	
22 他の発作頻度	妊娠第二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	
23 てんかん重積	妊娠第二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	
24 超音波検査	超音波検査を施行され、奇形を指摘されたことがありましたか? 1=施行せず, 2=施行され異常なしといわれた, 3=施行され異常を指摘(異常の内容欄に具体的に記載して下さい), 8=未確認, 9=不明	
25 超音波検査を受けた日付け	超音波検査を受けた日付け(日月年) 例 1999年3月21日→21031999	
26 超音波検査で指摘された異常の内容	超音波で指摘された奇形の具体的な内容を記載して下さい。	
27 絨毛検査	絨毛採取検査が施行されたか 0=施行されず, 1=施行され異常なし, 施行され異常を指摘(特殊な結果記述欄に具体的に記載), 8=未確認, 9=不明	
28 羊水穿刺	羊水穿刺によるAFPの濃度($\mu\text{g/ml}$) 0=施行せず, 8=未確認, 9=不明	
29 母親の血清中のAFP濃度	母親の血清中のAFP濃度測定についてあてはまるものに○をつけて下さい。測定されれば、AFP濃度を($\mu\text{g/ml}$)で記入下さい。 0=施行せず, 1=施行されたが数値は不明, 2=施行され数値もわかる(右欄に記載, 8=未確認, 9=不明)	
30 産科的合併症	産科的合併症 0=なし, 1=あり(下記の備考欄に内容を具体的に記載して下さい), 8=未確認, 9=不明	
31 備考欄		
32 核型	絨毛採取あるいは羊水穿刺による検査の結果、核型がわかればご記入ください。	

御質問があれば h-ohntani@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。