

妊産婦死亡 調査票 (偶発的妊産婦死亡用)

施設名		事例登録番号	
都道府県		報告担当者・責任者氏名	
妊産婦死亡日	西暦 年 月 日	妊産婦イニシャル	(氏) (名)
患者年齢	歳	経産回数(妊娠回数)	() 経妊 () 経産
妊娠時期	(発症時) 妊娠中(妊娠 週)・分娩中(第 期)・帝王切開中・ 産褥(月 日 時間)・その他()		
	(死亡時) 妊娠 週 産褥 日(妊娠 週分娩)		
初発症状	初発症状発症場所：施設外・助産施設・有床診療所・産科病院・総合病院・その他() 初回心停止発生場所：施設外・助産施設・有床診療所・産科病院・総合病院・その他() 初発症状： 初発症状から心停止までの時間： 時間 分		
分 娩	分娩施設：施設外・助産施設・有床診療所・産科病院・総合病院・その他() 分娩様式：未分娩・経膈分娩・クリステレル・吸引・鉗子分娩・帝王切開		
死 亡	確認施設：有床診療所・産科病院・総合病院・その他() 確認診療科：救急医学科・脳神経外科・循環器内科・整形外科・その他()		
基礎疾患	なし・あり()		
剖 検	なし・病理解剖・司法解剖・行政解剖・その他()		
臨床診断			
複数の施設で妊産婦・新生児の管理が行われた場合にその施設名を記入してください			
健診施設	施設名：	所属： <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所：	担当者名：	
	<input type="checkbox"/> 助産施設 <input type="checkbox"/> 無床診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 産科病院 <input type="checkbox"/> 総合病院(周産期センター)		
分娩施設	施設名：	所属： <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所：	担当者名：	
	<input type="checkbox"/> 助産施設 <input type="checkbox"/> 無床診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 産科病院 <input type="checkbox"/> 総合病院(周産期センター)		
搬送先施設	施設名：	所属： <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所：	担当者名：	
	<input type="checkbox"/> 産科病院 <input type="checkbox"/> 総合病院(周産期センター)		
新生児搬送先施設	施設名：	所属： <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所：	担当者名：	

(妊産婦死亡担当医師 → 日本産婦人科医会 FAX 03-3269-4730)

様式 3-2-2a

Ⅷ. 具体的な臨床経過 ※ 経過サマリー・事例検討会資料などがある場合は添付して提出してください

(原因分析に活用します。既往歴, 妊娠中合併症, 初発症状, バイタルサインの変化, 処置なども含めて記載してください)

妊産婦死亡報告事業は、「妊娠・分娩中および分娩後1年未満の女性の死亡事故を報告する」日本産婦人科医会が学会の協力を得て行う事業で、厚労省の母子保健統計とほぼ同数の事例が報告されています。妊産婦死亡の実態把握と再発予防策の策定・発信を目的としています。妊産婦死亡が発生した場合に、本書式に記載の上、ご報告をお願いいたします。

(妊産婦死亡担当医師 → 日本産婦人科医会 FAX 03-3269-4730)