|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事例番号 |  |  |  |
|  |
| 患者年齢 | 　　　　歳　　　　　 | 身長，体重 | 　 　　　　　cm, 　 　　kg |
| 分娩時妊娠週数 | 　　　週　　　日 | 妊娠歴 | Ｇ　 　　, Ｐ 　 　, 　　　回流産 |
| 無痛分娩適応 | 本人希望・医学適応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 妊娠前基礎疾患 |  | 妊娠中合併症 |  |
|  |
| 分娩施設名 |  |
| 施設住所 |  |
| 施設の種類 | □有床診療所、□産科病院、□総合病院・周産期センター |
| 報告担当者名（所属科） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 無痛分娩管理者＊ | □麻酔科標榜医 □麻酔科専門医□産婦人科専門医 □その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | （医師歴 年） |
| 麻酔担当医＊ | □麻酔科標榜医 □麻酔科専門医□産婦人科専門医 □その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | （医師歴 年） |
| 麻酔担当医＊（複数の場合） | □麻酔科標榜医 □麻酔科専門医□産婦人科専門医 □その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | （医師歴 年） |
| 硬膜外薬剤投与者 | □麻酔科標榜医 □麻酔科専門医□産婦人科専門医 □その他の医師（＿＿＿＿＿＿＿）□助産師 □看護師 | （医師/助産/看護歴　　　　　 年） |
| 硬膜外薬剤投与者（複数の場合） | □麻酔科標榜医 □麻酔科専門医□産婦人科専門医 □その他の医師（＿＿＿＿＿＿＿）□助産師 □看護師 | （医師/助産/看護歴　　　　　 年） |
| 分娩管理の担当者 | □産婦人科専門医 □その他の医師（＿＿＿＿＿＿＿）□助産師 | （医師/助産歴　　　　　 年） |
| 分娩管理の担当者（複数の場合） | □産婦人科専門医 □その他の医師（＿＿＿＿＿＿＿）□助産師 | （医師/助産歴　　　　　 年） |

**＊厚生労働省「無痛分娩取扱施設のための、『無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言』に基づく自主点検表」が定めるところの、「無痛分娩麻酔管理者」、「麻酔担当医」を指す。**

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204861.pdf>

|  |  |
| --- | --- |
| 分娩経過 | 陣発：　　　　　　年 　　　 月　　　　日 　午前/後　　　 　時　 　　分子宮口全開大： 　　　 月　　　　日　 午前/後　　　　 時　　　 分児娩出： 　　 　月　　　　日 　午前/後　　　　 時　　　 分胎盤娩出：　　 　　 　月　　　　日　 午前/後　　　　 時　　　 分 |
| 分娩様式 | □自然経腟分娩、□クリステレル、□吸引分娩、□鉗子分娩、□帝王切開 |

|  |  |
| --- | --- |
| 麻酔法 | □硬膜外、□脊髄くも膜下硬膜外併用、□脊髄くも膜下、□静脈□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |
| 麻酔開始時刻 | 麻酔薬投与を開始した時刻 | 麻酔終了時刻 | 麻酔薬の最終投与時刻/ポンプoffの時刻 |
|  |  |
| 鎮痛開始時の分娩進行 | 子宮口開大　　　　cm、児頭下降度　　　　、展退　　　　　％（内診時刻　　　：　　　 ） |
|  |  |
| 硬膜外麻酔 | 穿刺部位：Ⅼ　　/  |
| 硬膜外腔までの距離：　　　　　cm | カテーテル留置長：硬膜外腔に　　　　cm |
| カテーテル留置中の放散痛の有無：　□無、□有（場所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 投与薬：テストドースも含め、薬剤名、濃度、容量、投与時刻、ポンプ設定などを記載してください |
| 脊髄くも膜下麻酔 | 穿刺部位穿刺部位：Ⅼ　　/  |
| 投与薬：薬剤名、濃度、容量、投与時刻を記載してください |
| 静脈麻酔 | 投与薬：薬剤名、用量、投与時刻を記載してください |
| その他 | 投与薬：薬剤名、用量、投与時刻を記載してください |
|  |  |
| 麻酔中モニター（測定頻度） | □血圧カフ（測定頻度：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□パルスオキシメーター（測定頻度：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□心電図 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |
| 有害事象に関する具体的な臨床経過* 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
* 有害事象を含めた異常に、誰が（職種）、いつ、どのように気づいたのか、異常に対してどのように対処したのか具体的に記載してください
 |
| 有害事象に関する具体的な臨床経過（つづき） |