

<b>連絡票</b> (妊産婦死亡・妊産婦重篤合併症)	登録番号 (事務局で記載)						
公益社団法人日本産婦人科医会 医療安全部会 宛 (FAX: 03-3269-4730) 下記事例がありましたので報告いたします。							
<b>報告事例</b> <input type="checkbox"/> 妊産婦死亡      ⇒    死亡日：西暦      年      月      日  <input type="checkbox"/> 妊産婦重篤合併症    ⇒ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse; width: 80%;"> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 劇症型A群溶連菌感染症</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 大動脈解離/大動脈瘤 (破裂)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 脳血管障害</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 肺血栓塞栓症</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 周産期心筋症</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 心肺虚脱型羊水塞栓症</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 劇症型A群溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 大動脈解離/大動脈瘤 (破裂)	<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 肺血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 周産期心筋症	<input type="checkbox"/> 心肺虚脱型羊水塞栓症
<input type="checkbox"/> 劇症型A群溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 大動脈解離/大動脈瘤 (破裂)						
<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 肺血栓塞栓症						
<input type="checkbox"/> 周産期心筋症	<input type="checkbox"/> 心肺虚脱型羊水塞栓症						
患者イニシャル：    姓      名      患者年齢：      歳							
施設住所： _____							
施設名： _____							
担当者氏名： _____							
担当者メールアドレス： _____							
報告日：    西暦      年      月      日							

- 記載された住所に事務局から調査票を送付いたします。
- 該当事例があった場合は速やかに本票を  
日本産婦人科医会および都道府県産婦人科医会までご提出ください。