

新生児・乳児ミトコンドリア病 登録シート

記載日: 西暦()年()月()日

患者情報

患者氏名	ふりがな 漢字	生年月日 (西暦)	年 月 日 午前・午後 時 分
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳 ヶ月
自宅住所	〒()-()	電話番号 メールアドレス	() - @
国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 日本以外 国名:	初回入院	入院日: 西暦()年()月()日 病院名:
患者会への参加	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ミトコンドリア病患者家族の会 <input type="checkbox"/> 他:	他のデータ ベースへの登録	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> JaSMIn <input type="checkbox"/> 他()
かかりつけ 病院	病院 科	主治医名	

上記内容(黒太枠)をJ-RAREにも登録することに 同意します 同意しません (どちらかにチェックをお願いします)

家族歴

血族婚	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下の欄に記入) <input type="checkbox"/> 不明 誰が()	同胞	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下の欄に記入) 今回が()人中 第()子
家族内に 同様の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(以下に記入) 誰が() いつ() 経過()		

妊娠分娩歴

在胎週数	週 日	分娩歴 (今回を含む)	分娩回数()回 自然流産()回 死産()回
APGAR スコア	1分()・5分() 10分()・スコア不明	臍帯血pH	pH =
出生体重	() g	単胎・多胎	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎(MD・DD・MM) <input type="checkbox"/> 品胎 多胎の場合:()胎中 第()子
出生身長	() cm	分娩方式	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定・緊急) 緊急帝王切開の理由:
出生頭囲	() cm		
分娩施設名 (病院・医院)			
小児科併設	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 総合周産期母子センター <input type="checkbox"/> 地域周産期母子センター <input type="checkbox"/> 周産期センター以外		

母体搬送元	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(施設名:) 搬送理由:()		
産科合併症 (複数可)	<input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 胎動減少 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 羊水過少	小児科医 分娩立ち合い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(その理由) 理由:
	<input type="checkbox"/> 胎児発育遅滞(妊娠 週頃より) <input type="checkbox"/> 胎児水腫(妊娠 週頃より) <input type="checkbox"/> 胎児心筋肥大 <input type="checkbox"/> 胎児右心拡大 <input type="checkbox"/> 胎児不整脈	蘇生術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> mask&bag <input type="checkbox"/> 気管内挿管 <input type="checkbox"/> 心マッサージ <input type="checkbox"/> 薬剤投与() <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 胎児形態異常() <input type="checkbox"/> 胎児中枢神経異常() <input type="checkbox"/> non reassuring state (胎児ジストレス) <input type="checkbox"/> その他()	その他 特記すべき 産科分娩歴	

新生児管理

初期診断(病名)		酸素使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
人工換気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()日間	一酸化窒素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他の 呼吸療法	<input type="checkbox"/> ネーザルCPAP <input type="checkbox"/> ネーザルハイフロー <input type="checkbox"/> その他()	脳低温療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(以下に記入) <input type="checkbox"/> 高濃度糖液(10%以上) <input type="checkbox"/> アミノ酸製剤 <input type="checkbox"/> 脂肪製剤 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> 微量元素 <input type="checkbox"/> その他()	使用薬剤 (主要なもの)	<input type="checkbox"/> カテコラミン <input type="checkbox"/> 血管拡張薬 <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> 鎮静薬 薬剤名: <input type="checkbox"/> 抗痙攣薬 薬剤名: <input type="checkbox"/> その他 薬剤名:
		その他の治療 (主要なもの)	(例: 胸腔穿刺, 交換輸血, 血液透析など)
経腸栄養	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 開始: 日齢()	成分栄養	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 名称:()
		特殊ミルク	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 名称:()