

妊娠分娩が心身障害児発生に及ぼす 影響に関する研究

分担研究者 皆川 進
(国立国府台病院産婦人科)

研究協力者 松本 清一
(自治医科大学産婦人科)

五味潤政人
(日本母性保護医協会)

諸橋 侃
(慶應義塾大学医学部産婦人科)

まえがき

心身障害児発生に関し、調査対象を全国的なものとする追跡調査方法による疫学的研究は、その研究達成には研究方法、研究組織、研究に要する日数及び費用などの点から予想以上の困難を伴うため、我が国に於てはこのような前向き調査による研究は甚だ少ないのが現状である。最近の社会環境、特に公害、薬剤など先天異常発生に対する関心は極めて高くなっており、原因追究の一環として研究の重要性と意義がある。

研究目的

心身障害児発生に関する疫学的研究として私達は、妊娠、分娩が心身障害児発生に及ぼす影響を、妊娠初期より妊娠経過、分娩時の状況を詳細に観察し、出生後の新生児については、生後1年迄小児科による定期的健診を実施する前向き調査を行ない妊娠中の要因及び分娩が心身障害児発生にいかなる影響を及ぼすかを検討することを目的とした。

研究方法

1. 調査表

昭和49年までに完成した産科調査表及び小児科調査表、計9部、40頁、145項目からなる調査表を用いた。

2. 調査施設

昭和50年度に全国より選定した計249カ所の調査協力施設を対象とした。

3. 調査対象

全国の調査協力各施設より12名宛、計3,000名の調査目標対象とした。

4. 調査方法

調査日の決定は定められた乱数表により昭和51年1月から、当日の初診妊婦より妊娠初期(2~3カ月)と診断された妊婦を調査対象とし毎月1名宛計12名について、以後毎月1~2名の建診時に調査表に記入することにし、また分娩について出生後1週間までの新生児について観察調査し、小児科に於ては生後1, 3, 12カ月の計4回の定期健診時に調査表に記入することとした。

産科及び小児科の調査終了した症例は調査表を日母本部に返送し、なお調査開始時には健診開始届をハガキにて日母本部に届出ることになっている。

研究結果

本年度は昭和51年1月より開始した産科調査の続行と、産科調査終了例の小児科調査を開始した。

昭和52年3月15日現在

- | | |
|--------------|-------|
| 1. 調査開始施設数 | 167 |
| 2. 産科調査開始症例数 | 1,486 |

3. 産科調査終了症例数 521
4. 小児科調査開始症例数 231
5. 小児科調査終了症例数

であり、現在調査続行中である。

6. 調査開始により発生した問題点について説明及び解決を行った。
7. 産科調査の終了予定は昭和52年10月、小児科調査終了予定は昭和53年10月となる。

まとめ

昭和51年度は産科調査の一斉開始を行った。産科調査開始症例数は1,486例で、まだ大部分は調査続行中である。

産科調査終了予定は昭和52年10月と予想される。産科調査終了後引き続き小児科調査を行うが、小児科調査終了見込みは、昭和53年10月になると思われる。

調査成績の集計、検討はコンピュータを使用し、昭和54年に研究成績をまとめる予定である。

本調査は、産科に於ても調査に要する時間、人手の点で調査協力施設より問題点が指摘され、また小児科健診移行の際にも種々問題点が発生しており、本調査の困難さが調査進行により改めて強く認識され、調査完成には全国の調査に協力する産科医、小児科医及び研究担当者の並々ならぬ熱意が調査完成のもっとも重要な要素となるが、したがって今後このような心身障害児発生防止に関する追跡的調査は国家的規模において、モニタリング・システムを作る必要があると思われる。

番号	質問	回答
5	<p>(9) けいれん イ. 小學校入學後より現在まで ロ. 小學校入學前 00 精神病 2. あり 01 知能障害 1. なし 02 大量の尿意(尿漏れおよび尿床) 2. あり 03 1年以内の放尿回数 イ. 1年以内1カ月前まで ロ. 最近の回数 (月日) 04 公判病・職業病 1. なし 2. 治療 3. 現在 05 麻痺性痺 1. なし 2. 治療 3. 現在 06 発熱性中傷 1. なし 2. 治療 3. 現在 07 先天故障 08 尿意 1. なし 2. 治療 3. 現在 09 血液尿 1. なし 2. 治療 3. 現在 10 アレルギー-体質(ぜんそく、蕁麻疹、アレルギー-性鼻炎など) 1. なし 2. 治療 3. 現在 11 手術 1. なし 2. あり 12 その他の病名(なしの場合は無記入) イ. 病名 2. 治療 3. 現在 ロ. 病名 2. 治療 3. 現在 ハ. 病名 2. 治療 3. 現在</p>	<p>イ [] ロ [] 00 [] 01 [] 02 [] 03 [] 04 [] 05 [] 06 [] 07 [] 08 [] 09 [] 10 [] 11 [] 12 []</p>
6	<p>09 公判病・職業病 1. なし 2. 治療 3. 現在 10 麻痺性痺 1. なし 2. 治療 3. 現在 11 発熱性中傷 1. なし 2. 治療 3. 現在 12 先天故障 13 尿意 1. なし 2. 治療 3. 現在 14 血液尿 1. なし 2. 治療 3. 現在 15 アレルギー-体質(ぜんそく、蕁麻疹、アレルギー-性鼻炎など) 1. なし 2. 治療 3. 現在 16 手術 1. なし 2. あり 17 その他の病名(なしの場合は無記入) イ. 病名 2. 治療 3. 現在 ロ. 病名 2. 治療 3. 現在 ハ. 病名 2. 治療 3. 現在</p>	<p>イ [] ロ [] 09 [] 10 [] 11 [] 12 [] 13 [] 14 [] 15 [] 16 [] 17 []</p>
7	<p>大きな外傷・打撲(該当するものを選び番号で記入) ありの場合の重症() ありの場合の軽微() 年令()</p>	<p>[]</p>

番号	質問	回答
8	<p>通期薬剤(該当するものを選び番号で記入) (1) 抗けいれん剤 ありの場合の服用開始時期 1. なし () 2. あり () (2) 中枢麻痺剤 2. あり () (3) 抗中枢麻痺剤 1. なし () 1. なし 2. あり () (4) 鎮痛剤 1. なし () 1. なし 2. あり () (5) 抗けいれん剤 1. なし () 1. なし 2. あり () (6) 中枢麻痺剤 1. なし () 1. なし 2. あり () (7) その他 1. なし () 2. あり () ありの場合の薬剤名()</p>	<p>(1) [] (2) [] (3) [] (4) [] (5) [] (6) [] (7) []</p>
9	<p>嗜好(該当するものを選び番号で記入) (1) 飲酒 1. なし 2. 少量 3. 中量 4. 多量 (2) 喫煙の習慣 1. なし 2. あり (3) 喫煙(1日の本数を3桁まで記入、なしの場合は0)</p>	<p>(1) [] (2) [] (3) []</p>
10	<p>家族歴—3歳前以内の先天異常(該当するものを選び番号で記入) (1) 奇形 1. なし 2. あり () ありの場合の病名() (2) 心臓病 1. なし 2. あり () ありの場合の病名() (3) 精神異常 1. なし 2. あり () ありの場合の病名() (4) その他 1. なし 2. あり () ありの場合の病名()</p>	<p>(1) [] (2) [] (3) [] (4) []</p>

2 妊婦についての調査

フリガナ		フリガナ
妊婦の氏名		母の氏名
フリガナ		
妊婦の現住所		
フリガナ		
父の氏名		
フリガナ		
父の住所		

社団法人 日本母性保護医協会

氏コード 病歴コード 一連番号 チェック
 02 11 妊婦番号 5 7 9 0

番号	質問	回答欄
1	生年月日 (1) 元号 (該当するものを選び番号で記入) 1. 大正 2. 昭和 (2) 年 (和暦で2桁右づめで記入) (3) 月 (2桁右づめで記入) (4) 日 (2桁右づめで記入)	(1) 年 (2) 月 (3) 日
2	妊婦の年齢 (満年齢で記入)	年 歳
3	妊婦の身長 (cmで記入)	cm
4	妊婦の職業 (主としたものを1つを選び番号で記入) 01 専門的・技術的職業従事者 02 管理的職業従事者 03 事務従事者 04 販売従事者 05 農林・漁業従事者 06 採鉱・採石作業従事者 07 運輸・通信従事者 08 技能工・生産工場作業従事者 09 その他単純労働者 10 学生 11 アルバイト 12 パート・タイマー 13 内職 14 無職 (主婦)	番号
5	最終学歴 (該当するものを選び番号で記入) 1. 大学 2. 短大又は専修 3. 高校 4. 中学 5. 小学校	番号
6	住宅 (該当するものを選び番号で記入) 1. 独立家屋 2. 間借り 3. アパート、公団アパート、マンション等集合住宅 居住階数 (階数を2桁右づめで記入、地下は頭に「-」をつける)	番号 階
7	日常生活における (該当するものを選び番号で記入) (1) 障がい利用 1. なし 2. あり (2) ニレベータ利用 1. なし 2. あり	(1) 番号 (2) 番号
8	生活環境 (該当するものを選び番号で記入) 1. 工場地区 2. 商住地 3. 住宅地 4. 農村 5. 漁村 6. 山村 (1) 日当たり 1. 良 2. やや不良 3. やや不良 4. 不良 (2) 騒音 1. 静か 2. 少しうるさい 3. うるさい うるさい具体的な理由 ()	(1) 番号 (2) 番号

番号	頁	問	回	答	備
		妊婦の既往症・現症（該当するものを選び番号で記入）			
(1)	梅毒	1. なし 2. 治療 3. 現症	(1)	(2)	
(2)	結核	1. なし 2. 治療 3. 現症	(3)	(1)	
(3)	腎疾患	1. なし 2. 治療 3. 現症	(2)	(5)	
(4)	肝疾患	1. なし 2. 治療 3. 現症	(3)	(2)	
(5)	高血圧	1. なし 2. 治療 3. 現症	(1)	(3)	
(6)	貧血	1. なし 2. 治療 3. 現症	(2)	(1)	
(7)	心臓疾患	1. なし 2. 治療 3. 現症	(1)	(4)	
イ	先天性	1. なし 2. 治療 3. 現症	イ	(1)	
ロ	後天性	1. なし 2. 治療 3. 現症	イ	(1)	
89	内分泌代謝性疾患				
イ	糖尿病	1. なし 2. 治療 3. 現症	イ	(1)	
ロ	パネドー病	1. なし 2. 治療 3. 現症	イ	(1)	
ハ	痛風	1. なし 2. 治療 3. 現症	イ	(1)	
ニ	鉄欠乏	1. なし 2. あり	イ	(1)	
ホ	その他	1. なし 2. あり	イ	(1)	
(9)	けいれん	ありの場合の病名（ イ. 小学校入學前 ロ. 小学校入學後現在まで ハ. 精神病 ニ. 3. の場合の病名（			
イ	小学校入學前	1. なし 2. あり	イ	(1)	
ロ	小学校入學後現在まで	1. なし 2. あり	イ	(1)	
00	精神病	1. なし 2. 治療 3. 現症	00	(1)	
01	知能障害	1. なし 2. あり	01	(1)	
02	大量の薬物（薬物および覚醒剤使用者）	1. なし 2. 過去あり 3. 現在あり	02	(1)	

番号	頁	問	回	答	備
つづ		放射線照射			
		1. なし 2. あり			
		ありの場合、以下について記入して下さい。 (撮影枚数以内は該当する番号で記入)			
イ		終癌前1年以内1カ月間までであった場合			
ア		照射方法			
1.		透視			
2.		直線撮影			
3.		間接撮影			
イ		照射部位			
1.		胸部			
2.		腹部			
3.		胸部および腹部			
イ		その他			
イ		撮影枚数（2桁右ついで記入）			
イ		照射理由（			
イ		終癌前1カ月以内であった場合			
ア		照射方法			
1.		透視			
2.		直線撮影			
3.		間接撮影			
イ		照射部位			
1.		胸部			
2.		腹部			
3.		胸部および腹部			
イ		その他			
イ		撮影枚数（2桁右ついで記入）			
イ		照射理由（			
イ		終癌後2週間の終りまでであった場合			
ア		照射方法			
1.		透視			
2.		直線撮影			
3.		間接撮影			
イ		照射部位			
1.		胸部			
2.		腹部			
3.		胸部および腹部			
イ		その他			
イ		撮影枚数（2桁右ついで記入）			
イ		照射理由（			
イ		終癌後3. 4週間の終りまでであった場合			
ア		照射方法			
1.		透視			
2.		直線撮影			
3.		間接撮影			
イ		照射部位			
1.		胸部			
2.		腹部			
3.		胸部および腹部			
イ		その他			
イ		撮影枚数（2桁右ついで記入）			
イ		照射理由（			

3 妊婦についての調査

(2) 既往妊娠分娩について

フリガナ	
妊婦の氏名	

注 1. 既往妊娠1回につき以下内容を転写用紙だけ記入する。
2. 多胎妊娠の場合は、児について児の数だけ記入する。

社団法人 日本母性保護医協会

番号	質問	回答欄
12	<p>系族歴—3親等以内の先天異常 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>(1) 奇形 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () 診断 ()</p> <p>(2) 心臓疾患 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () 診断 ()</p> <p>(3) 精神異常 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () 診断 ()</p> <p>(4) その他 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () 診断 ()</p>	<p>(1) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 4</p>
13	<p>月経</p> <p>(1) 初潮年令 (満年令で記入) (2) 周期 (該当するものを選び番号で記入) 1. 順 2. 不順 4. 順の場合 (順の人だけ、日数を2桁右つめで記入) a. 不順の場合 (不順の人だけ、日数を3桁右つめで記入) 何日型 a 発経日数 b 最長日数</p> <p>(3) 月経時障害 (該当するものを選び番号で記入) 1. なし 2. あり</p> <p>(4) 最終月経 年 (和暦2桁右つめで記入) 月 (2桁右つめで記入) 日 (2桁右つめで記入)</p>	<p>(1) <input type="checkbox"/> 15 歳 <input type="checkbox"/> 17</p> <p>イ <input type="checkbox"/> 日</p> <p>ア <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 日</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 日</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日</p>
14	<p>結婚</p> <p>(1) 結婚年令 (満年令右つめで記入) (2) 夫との親戚関係 (該当するものを選び番号で記入) 1. なし 2. いとこ 3. いとこ半 4. まいとこ (3) 成婚 (入籍していること) (該当するものを選び番号で記入) 1. である 2. でない</p>	<p>(1) <input type="checkbox"/> 15 歳 <input type="checkbox"/> 16</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 3</p>

番号	質	問	回	答	備
	紅腫中の合併症 (該当するものを選び番号で記入)				
	ありの場合、以下について記入して下さい。				
	(1) 梅毒				
	イ 先天性	1. なし			
	ロ 後天性	2. あり			
	(2) 結核	1. なし			
	(3) 糖尿病	1. なし			
	(4) 心臓疾患				
	イ 先天性	1. なし			
	ロ 後天性	2. あり			
	(5) 風疹	1. なし			
	(6) 感冒	1. なし			
	(7) 発熱	1. なし			
	(8) 結核感染	1. なし			
	(9) 打撲・外傷	1. なし			
	(10) 下痢	1. なし			
	(11) 肝炎	1. なし			
	(12) トロファンブス症	1. なし			
	(13) その他	1. なし			
	ありの場合の病名 ()				
11					

番号	質	問	回	答	備
	放射線照射 (線影放射以外は該当するものを選び番号で記入)				
	ありの場合以下について記入して下さい。				
	(1) 胸部				
	イ 照射方法	1. 透視 2. 直接撮影 3. 間接撮影			
	ロ 線影枚数 (2桁右つめで記入)				
	ハ 照射回数	1. 呼吸器病診 2. その他 ()			
	(2) 腹部・腰部				
	イ 照射方法	1. 透視 2. 直接撮影 3. 間接撮影			
	ロ 線影枚数 (2桁右つめで記入)				
	ハ 照射理由	1. 消化器診断 2. 胆位診断 3. 骨盤計測 4. その他 ()			
	(3) その他				
	イ 照射方法	1. 透視 2. 直接撮影 3. 間接撮影			
	ロ 線影枚数 (2桁右つめで記入)				
	ハ 照射部位	1. 頭部 2. 口蓋 3. 頸部 4. 上肢 5. 下肢			
	医用超音波診断				
	(1) 超音波ドップラー法 (該当するものを選び番号で記入)				
	ありの場合以下について記入して下さい。				
	イ 超音波強度 (2桁右つめで記入)				
	ロ 照射時間 (2桁右つめで記入)				
	理由 ()				
	(2) 超音波断層法 (該当するものを選び番号で記入)				
	ありの場合以下について記入して下さい。				
	イ 超音波強度 (2桁右つめで記入)				
	ロ 照射時間 (2桁右つめで記入)				
	理由 ()				
	実施名 ()				
10					

番号	頁	問	回	答	備
	医薬・注射	(該当するものを選び番号で記入) 1. なし 2. あり ありの場合の薬品名	<input type="checkbox"/>		
	(1) 抗生物質	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(1)
	(2) その他の化学療法剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(2)
	(3) サルファ剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(3)
	(4) トランキマイゼー	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(4)
	(5) 抗ヒスタミン剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(5)
	(6) 催眠剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(6)
	(7) エスターゲン	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(7)
	(8) グスタマーゲン	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(8)
	(9) 腫瘍抗原ホルモン	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(9)
	(10) 甲状腺剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(10)
	(11) 抗甲状腺剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(11)
	(12) ヒタミシリン剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(12)
	(13) ジキタリス剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(13)
	(14) インジケリン	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(14)
	(15) 利尿剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(15)
	(16) 降圧剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(16)
	(17) 解熱剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(17)
	(18) 鎮痛剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(18)
	(19) 鎮静剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(19)
	(20) 下剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(20)
	(21) 利尿剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(21)
	(22) 降圧剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(22)
	(23) 子宮筋弛緩剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(23)
	(24) 止血剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(24)
	(25) 抗けいれん剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(25)
	(26) 抗痙攣剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(26)
	(27) カルシウム剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(27)
	(28) 風邪薬	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(28)
	(29) 胃腸薬	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(29)
	(30) 経口鎮痛解熱剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(30)
	(31) 鎮痛剤	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(31)
	(32) その他	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(32)
	(33) 他科受診	1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(33)
		ありの場合の科名			

12

4-4

番号	頁	問	回	答	備
	手筒	(該当するものを選び番号で記入) 1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		
13	麻酔	ありの場合の字種名 1. 周所 2. 全身 3. 静脈 4. 腫痛	<input type="checkbox"/>		
14	経緯	と比較した (該当するものを選び番号で記入) (1) 栄養摂取状態 1. 多い 2. 変わらない 3. 少ない (2) 嗜好の変化 1. なし 2. あり	<input type="checkbox"/>		(1) (2)
15	嗜好	(該当するものを選び番号で記入) (1) 飲酒 1. なし 2. 少量 3. 中量 4. 多量 (2) 喫煙 (1日の本数を3桁右ついで記入、 なしの場合は0を記入。)	<input type="checkbox"/>		(1) (2)

4-5

番号	質問	回答欄
16	職業 (職業についている人のみ記入) (1) 労働時間 (1日の労働時間を2桁ずつで記入) (2) 仕事の内容 (該当するものを選び番号で記入) 1. 軽労働 2. 中労働 3. 重労働 (3) 立仕事 (該当するものを選び番号で記入) 1. でない 2. である (4) 通勤方法 (利用するものだけ片選時間を分単位2桁ずつで記入) イ 徒歩 ロ 電車 (含地下鉄) ハ バス ニ 自動車 ホ 自転車 ヘ その他	(1) 時間 (2) <input type="text"/> <input type="text"/> (3) <input type="text"/> イ <input type="text"/> <input type="text"/> 分 ロ <input type="text"/> <input type="text"/> 分 ハ <input type="text"/> <input type="text"/> 分 ニ <input type="text"/> <input type="text"/> 分 ホ <input type="text"/> <input type="text"/> 分 ヘ <input type="text"/> <input type="text"/> 分
17	環境の変化 (旅行、精神的なショックなど) 1. なし 2. あり	<input type="text"/>
18	転 帰 (該当するものを選び番号で記入) 1. 産院 2. 人工妊娠中絶 3. 自然流産 4. 早産 5. 転院 6. その他	<input type="text"/>

5 分娩についての調査

フリガナ	
妊婦の氏名	

注 1. 多胎妊娠の場合は、見の数だけ記入する。

番号	頁	問	回	答	備
5		<p>体重減少 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>(1) なし 2. あり</p> <p>ありの場合、最大値 (3桁右つめて記入)</p> <p>生後何日から</p>	<p>(1) <input type="text"/></p> <p>(2) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(3) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>		
6		<p>呼吸器症状 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>(1) 異常 1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合、以下について記入して下さい。</p> <p>(2) 呼吸回数 (6.5以上/分) 1. なし 2. とときどき 3. 頻回</p> <p>(3) 無呼吸発作 1. なし 2. あり</p> <p>(4) 呻吟 1. なし 2. あり</p> <p>(5) 陥没 1. なし 2. あり</p> <p>(6) その他の症状 1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合の内容 ()</p>	<p>(1) <input type="text"/></p> <p>(2) <input type="text"/></p> <p>(3) <input type="text"/></p> <p>(4) <input type="text"/></p> <p>(5) <input type="text"/></p> <p>(6) <input type="text"/></p>		
7		<p>循環器症状 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>(1) 異常 1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合、以下について記入して下さい。</p> <p>(2) 脈拍 1. 徐脈 2. 正常 3. 頻脈</p> <p>(3) 心雑音 1. なし 2. あり</p> <p>(4) チアノーゼ 1. なし 2. 軽度 3. 強</p> <p>期間 (生後何日から何日までを記入)</p> <p>(5) その他の症状 1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合の内容 ()</p>	<p>(1) <input type="text"/></p> <p>(2) <input type="text"/></p> <p>(3) <input type="text"/></p> <p>(4) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(5) <input type="text"/></p>		
8		<p>消化器症状 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>(1) 異常 1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合、以下について記入して下さい。</p> <p>(2) 嘔吐 (生後何日から何日までを記入)</p> <p>(3) その他の症状 1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合の内容 ()</p>	<p>(1) <input type="text"/></p> <p>(2) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(3) <input type="text"/></p>		

番号	頁	問	回	答	備
9		<p>神経系症状 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>(1) 異常 1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合、以下について記入して下さい。</p> <p>(2) モロー反射 1. 欠 2. 非対称性 3. 対称性</p> <p>(3) けいれん 1. なし 2. あり</p> <p>回数 (1日の観回数)を2桁右つめて記入)</p> <p>期間 (生後何日から何日までを記入)</p> <p>(4) その他の症状 1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合の内容 ()</p>	<p>(1) <input type="text"/></p> <p>(2) <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(3) <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(4) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>		
10		<p>出血 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>1. なし 2. 吐血 3. 下血</p> <p>4. 咯血 5. 黒球膜下出血 6. 皮下出血</p> <p>7. 腸管出血の深い 8. 頭蓋内出血の深い 9. その他</p> <p>(1) 頭血腫 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>1. なし 2. 塊状大</p> <p>3. 寛肺大 4. それ以上</p> <p>2, 3, 4. を選んだ場合、頭血腫の数</p> <p>(2) 網球膜下出血 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合の部位 ()</p> <p>腫瘍 ()</p>	<p>(1) <input type="text"/></p> <p>(2) <input type="text"/></p> <p>(3) <input type="text"/></p> <p>(4) <input type="text"/></p> <p>(5) <input type="text"/></p> <p>(6) <input type="text"/></p> <p>(7) <input type="text"/></p> <p>(8) <input type="text"/></p> <p>(9) <input type="text"/></p> <p>(10) <input type="text"/></p> <p>(11) <input type="text"/></p> <p>(12) <input type="text"/></p> <p>(13) <input type="text"/></p>		
11		<p>麻痺 (該当するものを選び番号で記入)</p> <p>1. なし 2. あり</p> <p>ありの場合、以下の該当する項目を記入して下さい。</p> <p>イ. 顔面神経 1. 左 2. 右 3. 両方</p> <p>ロ. 上肢 1. 左 2. 右 3. 両方</p> <p>ハ. 下肢 1. 左 2. 右 3. 両方</p> <p>ニ. その他 ()</p>	<p>(1) <input type="text"/></p> <p>イ <input type="text"/></p> <p>ロ <input type="text"/></p> <p>ハ <input type="text"/></p> <p>ニ <input type="text"/></p>		

番号	質問	回答欄
12	骨折(該当するものを選び番号で記入) 1. なし 2. あり ありの場合、以下の該当する項目を記入して下さい。 イ. 頭蓋骨 1. 左 2. 右 3. 両方 エ. 鎖骨 1. 左 2. 右 3. 両方 オ. 上肢 1. 左 2. 右 3. 両方 カ. 下肢 1. 左 2. 右 3. 両方 キ. その他()	日 イ エ オ カ キ
13	顔色(該当するものを選び番号で記入) 1. 非常に赤い 2. 普通 3. そろ白	日
14	解熱(生後日数を記入)	日 日
15	感染症(該当するものを選び番号で記入) 1. なし 2. 上気道感染症 3. 気管支炎 4. 肺炎 5. 敗血症 6. 髄膜炎 7. 尿路感染症 8. 皮膚感染症 9. その他	日
16	体温の経過(該当するものを選び番号で記入) 1. なし 2. あり ありの場合の 最高体温(小数1桁まで記入) 最低体温(小数1桁まで記入) 期間(生後何日から何日までで記入)	日 日 . 日 °C 日 . 日 °C 日 日から 日 日まで

番号	質問	回答欄
17	<p>治療</p> <p>(1) 酸素室(該当するものを選び番号で記入、但し、開放の場合は記入しない) 1. 酸素しない 2. 酸素した 取替した場合の期間(生後何日から何日まで) (2) 酸素(該当するものを選び番号で記入) 1. 使用しない 2. 使用した 使用した場合の最高(%)又は体分の使用量を2桁右つめで記入) 期間(生後何日から何日までで記入) (3) 人工呼吸器(該当するものを選び番号で記入) 1. 使用しない 2. 使用した 使用した場合の、イ1回目、ロ2回目、ハ3回目をそれぞれ生後日数で記入 (4) 光線療法(該当するものを選び番号で記入) 1. しない 2. した した場合の時間 (5) 交換輸血(該当するものを選び番号で記入) 1. しない 2. した した場合、以下について記入して下さい。 イ. 1回目 a. 生後日数 b. 輸血量(3桁右つめで記入) ロ. 2回目 a. 生後日数 b. 輸血量(3桁右つめで記入) ハ. 3回目 a. 生後日数 b. 輸血量(3桁右つめで記入) ニ. 4回目以上(4回目を行なった生後日数を記入) (6) 救急治療(該当するものを選び番号で記入) 1. しない 2. した した場合の病名() 1日量() 期間(生後何日から何日までで記入) (7) 輸血(該当するものを選び番号で記入) 1. しない 3. した した場合の輸血量(4桁右つめで記入) (8) その他()</p>	(1) 日 (2) 日 日から 日 日まで (3) 日 (4) 日 (5) 日 時間 (6) イ. 日 日 日 日 ロ. 日 日 日 日 ハ. 日 日 日 日 ニ. 日 日 (7) 日 (8) 日 日 日 日

番付	頁	問	回 答 欄
18	産院・転科 (1) 産院・転科(産院日数を記入) 産 婦 1. 自宅 2. 小児科 3. 外科 4. 未熟児室 (2) 産院・転科時の体重(4桁右つめで記入)	(1) 産院・転科(産院日数を記入) 産 婦 1. 自宅 2. 小児科 3. 外科 4. 未熟児室 (2) 産院・転科時の体重(4桁右つめで記入)	(1) 産院・転科(産院日数を記入) 産 婦 1. 自宅 2. 小児科 3. 外科 4. 未熟児室 (2) 産院・転科時の体重(4桁右つめで記入)
19	総合診断(該当するものを選び番号で記入) 1. 正常 2. 異常 異常の場合、以下について記入して下さい。 (1) 外表奇形 1. なし 2. あり ありの場合の病名() (2) 先天代謝異常 1. なし 2. あり ありの場合の病名() (3) 先天知心疾患 1. なし 2. あり ありの場合の病名() (4) その他異常(新生児期の異常を含む)	1. 正常 2. 異常 異常の場合、以下について記入して下さい。 (1) 外表奇形 1. なし 2. あり ありの場合の病名() (2) 先天代謝異常 1. なし 2. あり ありの場合の病名() (3) 先天知心疾患 1. なし 2. あり ありの場合の病名() (4) その他異常(新生児期の異常を含む)	(1) 産院・転科(産院日数を記入) 産 婦 1. 自宅 2. 小児科 3. 外科 4. 未熟児室 (2) 産院・転科時の体重(4桁右つめで記入) (3) 産院・転科時の体重(4桁右つめで記入) (4) 産院・転科時の体重(4桁右つめで記入)

7 新生児についての調査

(2) 先天異常について

フリガナ	
妊婦の氏名	

社団法人 日本母性保護医協会

番号	質	問	回	答	備
1	頭蓋 (該当するものを選び番号で記入)	1. なし 2. あり (1) 無 (半) 頭冠 (2) 小顎症 (3) 巨頭症 (4) 木頭症 (5) 長頭 (6) 短頭 (7) 泉門の異常 (8) その他 ありの場合の内容 ()	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> (8)	
2	眼 部 (該当するものを選び番号で記入)	1. なし 2. あり (1) 單眼視 (2) 眼瞼閉鎖 (3) 内眼角歪小皮 (4) 眼瞼斜上 (5) 眼瞼斜下 (6) 斜視 (右) 3. 外 (7) " (左) 3. 外 (8) 視力障害 判別字れば病名 ()	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> (8)	
3	鼻 部 (該当するものを選び番号で記入)	1. なし 2. あり (1) 鞍鼻 (2) その他 ありの場合の内容 ()	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2)	

番号	質	問	回	答	備
4	頭部 (該当するものを選び番号で記入)	1. なし 2. あり (1) 小顎症 (2) その他 ありの場合の内容 ()	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2)	
5	口 部 (該当するものを選び番号で記入)	1. なし 2. あり (1) 口唇裂 (2) 口蓋裂 (3) 口蓋垂二分 (4) 巨舌症 (5) その他 ありの場合の内容 ()	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5)	
5	耳 部 (該当するものを選び番号で記入)	1. なし 2. あり(左) 3. あり(右) 4. あり(両側) (1) 耳介低位 (2) 耳介変形 (3) 耳介欠損 (4) 耳硬化 (5) その他 ありの場合の内容 ()	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5)	
7	頸部・胸部 (該当するものを選び番号で記入)	1. なし 2. あり(左) 3. あり(右) 4. あり(両側) (1) 斜頸 (2) 翼状頸 (3) 漏斗胸 (4) 鳩胸 (5) ハリソン病 (6) 腫乳 (7) その他 ありの場合の内容 ()	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7)	

番号	病 名	問 題	回 答	備 考
9	皮膚・毛髪 (該当するものを並び番号で記入) (1) 色若異常 (白斑・色素脱失) 1. なし 2. あり (2) 血管腫 1. なし 2. あり (3) 血管拡張 1. なし 2. あり (4) 多毛症 1. なし 2. あり (5) 毛髪色素異常 1. なし 2. あり (6) リンパ管腫 1. なし 2. あり (7) 線状瘻 1. なし 2. あり (8) その他 1. なし 2. あり	ありの場合の部位() ありの場合の部位() ありの場合の部位() ありの場合の内容()	(1) [] (2) [] (3) [] (4) [] (5) [] (6) [] (7) [] (8) []	
10	脊椎 (該当するものを並び番号で記入) (1) 脊椎捻挫 1. なし 2. あり (2) 背屈痛 1. なし 2. あり (3) 側弯 1. なし 2. あり (4) 後彎 1. なし 2. あり (5) その他 1. なし 2. あり	ありの場合の内容()	(1) [] (2) [] (3) [] (4) [] (5) []	
11	腫 瘍 (該当するものを並び番号で記入) ありの場合の病名()	1. なし 2. あり	[]	
12	心臓血管形 (該当するものを並び番号で記入) ありの場合の病名()	1. なし 2. あり	[]	
13	眼 部 (1) そけいヘルニア 1. なし 2. あり(右) 3. あり(左) 4. あり(両側) (2) 瞼ヘルニア 1. なし 2. あり (3) 瞳孔異常 1. なし 2. あり (4) 虹彩脱離 1. なし 2. あり (5) 虹 膜 1. なし 2. あり (6) 前房異常 1. なし 2. あり (7) 眼圧異常 1. なし 2. あり (8) その他 1. なし 2. あり	ありの場合の内容()	(1) [] (2) [] (3) [] (4) [] (5) [] (6) [] (7) [] (8) []	

番号	病 名	問 題	回 答	備 考
8	四肢 (該当するものを並び番号で記入) (1) 内反足 1. なし 2. あり(左) 3. あり(右) 4. あり(両側) (2) 外反足 1. なし 2. あり(左) 3. あり(右) 4. あり(両側) (3) 尖 足 1. なし 2. あり(左) 3. あり(右) 4. あり(両側) (4) 指欠損 1. なし 2. あり(左) 3. あり(右) 4. あり(両側) (5) 趾欠損 1. なし 2. あり(左) 3. あり(右) 4. あり(両側) (6) 多指症 1. なし 2. あり(右) 3. あり(左) 4. あり(両側) (7) 多趾症 1. なし 2. あり(右) 3. あり(左) 4. あり(両側) (8) 合指症 1. なし 2. あり(右) 3. あり(左) 4. あり(両側) (9) 合趾症 1. なし 2. あり(右) 3. あり(左) 4. あり(両側) 脚 趾脱臼 イ. 上肢 1. なし 2. あり ロ. 下肢 1. なし 2. あり 脚 爪欠損 1. なし 2. あり(右) 3. あり(左) 4. あり(両側) 脚 骨軟骨異常 (線状) 1. なし 2. あり(右) 3. あり(左) 4. あり(両側) 脚 小指内彎 1. なし 2. あり(右) 3. あり(左) 4. あり(両側) 脚 その他 1. なし 2. あり(右) 3. あり(左) 4. あり(両側)	ありの場合の内容()	(1) [] (2) [] (3) [] (4) [] (5) [] (6) [] (7) [] (8) [] (9) [] (イ) [] (ロ) [] (脚) [] (脚) [] (脚) [] (脚) [] (脚) []	

小児科調査表

(1) 月々の健診について

フリガナ		性別
兄の氏名		
兄の生年月日	年 月 日	
住所		
母の氏名		

注 健診のたびごとに記入して下さい。

社団法人 日本母性保護医協会

番号	質問	回答欄
14	腎臓 (該当するものを選び番号で記入) (1) 腎臓形 1. なし 2. あり (2) 腎不全 1. なし 2. あり (3) その他 1. なし 2. あり ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/>
15	生殖器 (該当するものを選び番号で記入) (1) 尿道形状 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () (2) 半陰蝸 1. なし 2. あり (3) 尿水尿管 1. なし 2. あり(左) 3. あり(右) 4. あり(両側) (尿のう木漏) () (4) 停留尿丸 1. なし 2. あり(左) 3. あり(右) 4. あり(両側) (5) その他 ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/>
16	内分泌 (該当するものを選び番号で記入) (1) 糖尿病 1. なし 2. あり (2) 肥満症 1. なし 2. あり (3) その他 1. なし 2. あり ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/>
17	血液・細胞 (該当するものを選び番号で記入) (1) 血小板減少症 1. なし 2. あり 測定した場合の結果 () (2) 悪性腫瘍 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () (3) 良性腫瘍 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () (4) その他 1. なし 2. あり ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/>
18	重複畸形 (該当するものを選び番号で記入) 1. なし 2. あり ありの場合の種類 ()	(1) <input type="checkbox"/>

番号	頁	問	回	答	備
1		誕生時期 (昭和年月日で記入)		年 月 日	
2		月 令 (満で月・日それぞれ2桁占つて記入)		月 日	
3		現在の体重 (5桁占つて記入)		kg	
4		現在の身長 (4数1桁まで記入)		cm	
5		現在の頭圍 ()		cm	
6		現在の胸圍 ()		cm	
7		次 表 (該当するものを並び番号で記入) (1) 乳 汁 1. 母乳, 2. 混合 3. 人工, 4. なし (2) 母乳食の1日の回數 (3) 特殊な栄養法 ()			
8		以下問8~14は該当するものを並び番号で記入 (1) 黄疸 1. なし 2. あった 3. ある (2) 貧血 1. なし 2. あった 3. ある (3) 浮腫 1. なし 2. あった 3. ある (4) 夜啼 イ 濕疹 1. なし 2. あった 3. ある ロ 紅斑 1. なし 2. あった 3. ある ハ 小出血 1. なし 2. あった 3. ある ニ 腸痙攣 1. なし 2. あった 3. ある			
9		呼吸器 (1) 呼吸困難 1. なし 2. あった 3. ある (2) 多呼吸 1. なし 2. あった 3. ある (3) 喘 鳴 1. なし 2. あった 3. ある			
10		循環器 (1) チアノーゼ 1. なし 2. あった 3. ある (2) 心雑音 1. なし 2. あった 3. ある			

番号	頁	問	回	答	備
11		消化器 (1) 舌小帯 (短縮) 1. なし 2. あった 3. ある (2) 下痢 1. なし 2. あった 3. ある (3) 便秘 1. なし 2. あった 3. ある (4) 嘔吐 1. なし 2. あった 3. ある (5) 腹部膨隆 1. なし 2. あった 3. ある (6) 肝腫 1. なし 2. あった 3. ある (7) 脾腫 1. なし 2. あった 3. ある (8) 顔直筋腫 1. なし 2. あった 3. ある			
12		神経 (1) けいれん 1. なし 2. あった 3. ある (2) 筋緊張亢進 1. なし 2. あった 3. ある (3) 筋緊張低下 1. なし 2. あった 3. ある (4) 後弓反射 1. なし 2. あった 3. ある (5) 眼球震盪 1. なし 2. あった 3. ある			
13		反 射 (1) モロー反射 1. + 2. 土 3. - (2) 把握反射 1. + 2. 土 3. - (3) パラシュート反射 1. + 2. 土 3. - (4) 陽性支持反射 1. + 2. 土 3. -			
14		その他 (1) 斜 視 1. なし 2. あった (右) 3. あった (左) 4. ある (右) 5. ある (左) (2) 顔面変形 1. なし 2. あった (右) 3. あった (左) 4. あった (両側) 5. ある (右) 6. ある (左) 7. ある (両側) (3) 開眼制限 1. なし 2. あった (右) 3. あった (左) 4. あった (両側) 5. ある (右) 6. ある (左) 7. ある (両側)			
15		病 名 (該当するものを並び番号で記入) (1) 脳性麻痺 1. なし 2. あり (2) てんかん 1. なし 2. あり (3) 先天性心疾患 1. なし 2. あり (4) その他 1. なし 2. あり ありの場合の病名 ()			

82 経緯番号

番号	質問		回答	
	月令	番号	被	項
発症状況 (経緯月令について下記より該当するものを並び番号で記入)				
1. 上 2. 上 3. 上				
0:1	(1)	病の首を屈く(30秒)	(1)	(1)
	(2)	某を屈屈する	(2)	(2)
	(3)	からだを屈したときと顔をまっすく保つ	(3)	(3)
	(4)	腕しを屈したときと顔をまっすく保つ	(4)	(4)
0:2	(1)	首のしたた力を見る	(1)	(1)
	(2)	あやされるときと笑った	(2)	(2)
	(3)	鼻や首をさしてあそぶ	(3)	(3)
	(4)	動くものを追う	(4)	(4)
0:3	(1)	ほらばいで頭と(目)をもちあげている	(1)	(1)
	(2)	首を屈して顔を覗かせる	(2)	(2)
	(3)	顔を覗かせる(顔を覗かせる)	(3)	(3)
	(4)	顔を覗かせる(顔を覗かせる)	(4)	(4)
0:4	(1)	あおむきで寝るとき顔と肩をあげる	(1)	(1)
	(2)	寝るとき顔を覗かせる	(2)	(2)
	(3)	カラカラ音をたてたりなげたりして遊ぶ	(3)	(3)
	(4)	母親が近づくとき	(4)	(4)
0:5	(1)	玩具をさし出すとき首を出してつかむ	(1)	(1)
	(2)	あおむきで、おんころうとしたり顔を屈く	(2)	(2)
	(3)	玩具をとりさうとしたりしたとき顔を屈く	(3)	(3)
	(4)	顔に顔を近づけたり顔を屈く	(4)	(4)
0:6	(1)	ねがえりをする	(1)	(1)
	(2)	「いないいないばあ」をよろう	(2)	(2)
	(3)	寝しみて驚いた顔がわかる	(3)	(3)
	(4)	ビスケットなど口分をよってたべる	(4)	(4)
0:7	(1)	ひとりでも遊ぶ	(1)	(1)
	(2)	まねをしつねにみる	(2)	(2)
	(3)	おもちゃをさし出すとき顔を覗かせる	(3)	(3)
	(4)	おもちゃをさし出すとき顔を覗かせる	(4)	(4)
0:8	(1)	まねをしつねにする	(1)	(1)
	(2)	おもちゃをさし出すとき顔を覗かせる	(2)	(2)
	(3)	おもちゃをさし出すとき顔を覗かせる	(3)	(3)
	(4)	ふたつの玩具のうち、すきな方の玩具をとる	(4)	(4)
0:9	(1)	「ハイハイ」に反応する	(1)	(1)
	(2)	「ハイハイ」に反応する	(2)	(2)
	(3)	引出しをあげていろいろのものを引き出す	(3)	(3)
0:10	(1)	包まれた玩具を覗く	(1)	(1)
	(2)	包まれた玩具を覗く(人みしり)	(2)	(2)
	(3)	包まれた玩具を覗く(人みしり)	(3)	(3)
	(4)	「ハイハイ」で遊ぶとき顔を覗かせる	(4)	(4)
0:11	(1)	二語をしゃべる	(1)	(1)
	(2)	二語をしゃべる	(2)	(2)
	(3)	二語をしゃべる	(3)	(3)
	(4)	二語をしゃべる	(4)	(4)
1:0	(1)	玩具をさし出すとき顔を覗かせる	(1)	(1)
	(2)	玩具をさし出すとき顔を覗かせる	(2)	(2)
	(3)	玩具をさし出すとき顔を覗かせる	(3)	(3)
	(4)	玩具をさし出すとき顔を覗かせる	(4)	(4)

(2) 先天異常について

フリガナ	
親の氏名	
母の氏名	
在胎期間	週
体重	g
身長	cm
頭囲	cm
胸囲	cm

社団法人 日本母性保健医療協会

番号	質問	回答
1	以下の問は該当するものを左記の番号で記入 体 頭 (1) 小人身症 (2) 巨人身症 (3) その他 ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/>
2	頭 蓋 (1) 小頭症 (2) 巨頭症 (3) 本頭症 (4) 長頭症 (5) 短頭症 (6) その他 ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/>
3	眼 部 (1) 眼瞼開腫 (2) 内眼角せいで夜 (3) 眼瞼斜上 (4) 眼瞼斜下 (5) 斜視(右) (6) 斜視(左) (7) 視力障害 判別すれば両名 () (8) 小眼球症 (9) 白内障 (10) 青色網膜 (11) 虹彩欠損 (12) 瞳孔欠損 (13) その他 ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> (8) <input type="checkbox"/> (9) <input type="checkbox"/> (10) <input type="checkbox"/> (11) <input type="checkbox"/> (12) <input type="checkbox"/> (13) <input type="checkbox"/>
4	鼻 部 (1) 鞍鼻 (2) 鼻五輪形開存 (3) その他 ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/>

番号	質問	回答
5	顔 部 (1) 顔貌の異常 (2) 小顎症 (3) その他 ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/>
6	口 部 (1) 口唇裂 (2) 口唇偏裂 (3) 口蓋裂 (4) 口蓋硬二分 (5) 唇舌瘻 (6) その他 ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/>
7	耳 部 (1) 大耳症 (2) 小耳症 (3) 外耳道閉鎖 (4) 耳介低位 (5) 耳介変形 (6) 耳介欠損 (7) 耳瘻孔 (8) 難聴 (9) その他 ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> (8) <input type="checkbox"/> (9) <input type="checkbox"/> (10) <input type="checkbox"/> (11) <input type="checkbox"/> (12) <input type="checkbox"/> (13) <input type="checkbox"/> (14) <input type="checkbox"/>
8	頸部・胸部 (1) 頸 頸 (2) 鎖状頸 (3) 頸縮孔 (4) 胸骨胸 (5) 鳩胸 (6) 鎖乳 (7) その他 ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> (8) <input type="checkbox"/> (9) <input type="checkbox"/> (10) <input type="checkbox"/> (11) <input type="checkbox"/> (12) <input type="checkbox"/>

番号	頁	問	回	答	脚
10	皮膚・毛髪 (1) 母斑(胎斑を除く) ありの場合の病名 (2) 血管腫 ありの場合の部位 大きさ (3) 血管強張 ありの場合の部位 大きさ (4) 多毛症 (5) 多毛包莖異常 (6) リンパ管腫 (7) 風濕せん (8) その他 ありの場合の内容	1. なし	2. あり	(1)	(1)
		1. なし	2. あり	(2)	(2)
		1. なし	2. あり	(3)	(3)
		1. なし	2. あり	(4)	(4)
		1. なし	2. あり	(5)	(5)
		1. なし	2. あり	(6)	(6)
		1. なし	2. あり	(7)	(7)
		1. なし	2. あり	(8)	(8)
11	脊 椎 (1) 脊椎変形 (2) 胸椎 (3) 先天性椎間曲 (4) その他 ありの場合の内容	1. なし	2. あり	(1)	(1)
		1. なし	2. あり	(2)	(2)
		1. なし	2. あり	(3)	(3)
		1. なし	2. あり	(4)	(4)
12	心臓形状 ありの場合の病名	1. なし	2. あり	(5)	(5)
		1. なし	2. あり	(6)	(6)
13	肢 部 (1) 手指ヘルニア (2) 腕ヘルニア (3) 肘ヘルニア (4) 胸門狭窄 (5) 屈曲閉鎖 (6) 鎖骨 (7) 腸回転異常 (8) 消化管閉鎖 (9) その他 ありの場合の内容	1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(1)	(1)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(2)	(2)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(3)	(3)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(4)	(4)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(5)	(5)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(6)	(6)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(7)	(7)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(8)	(8)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(9)	(9)

番号	頁	問	回	答	脚
9	四肢 (1) 内足 (2) 外足 (3) 尖足 (4) 指欠損 (5) 趾欠損 (6) 多指症 (7) 多趾症 (8) 金指症 (9) 合趾症 00 短肢症 イ 上肢 ロ 下肢 01 手の欠損 02 あざらし症 03 先天性線形 04 爪欠損 05 掌蹼異常 (趾蹼) 06 小指増大 07 その他 ありの場合の内容	1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(1)	(1)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(2)	(2)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(3)	(3)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(4)	(4)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(5)	(5)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(6)	(6)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(7)	(7)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(8)	(8)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(9)	(9)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(00)	(00)
		1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側)	4. あり (両側)	(01)	(01)

番号	質問	回答欄
14	腎臓 (1) 腎臓形 1. なし 2. あり (2) その他 1. なし 2. あり ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/>
15	生検器 (1) 尿道成形 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () (2) 半陰陽 1. なし 2. あり (3) 睾丸水腫(陰のう水腫) 1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側) (4) 浮腫性 1. なし 2. あり (右) 3. あり (左) 4. あり (両側) (5) その他 1. なし 2. あり ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/>
16	内分泌 (1) 糖尿病 1. なし 2. あり (2) その他の代謝異常 1. なし 2. あり (3) その他 1. なし 2. あり ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/>
17	血液・細胞 (1) 血液疾患 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () (2) 免疫異常 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () (3) 良性格腫 1. なし 2. あり ありの場合の病名 () (4) その他 1. なし 2. あり ありの場合の内容 ()	(1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/>
18	総合診断 ありの場合の病名 (1) () (2) () (3) ()	()

↓ **検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用 ↓
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります

まえがき

心身障害児発生に関し、調査対象を全国的なものとする追跡調査方法による疫学的研究は、その研究達成には研究方法、研究組織、研究に要する日数及び費用などの点から予想以上の困難を伴うため、我が国に於てはこのような前向き調査による研究は甚だ少ないのが現状である。最近の社会環境、特に公害、薬剤など先天異常発生に対する関心は極めて高くなっており、原因追究の一環として研究の重要性と意義がある。