

# ハイリスク妊娠調査の手引き

厚生省心身障害研究  
「妊産婦死亡の防止に関する研究」

分担研究  
「健康診査の評価に関する研究」

## 調査にあたっての手順

1. 以下に該当したものを、調査対象として、ピックアップしてください。

1) 妊娠前の異常：以下に該当するものを登録してください。

- \*：循環器疾患：マルファン症候群、大動脈炎、ASD、VSD、Fallot 心筋症  
弁置換、本態性高血圧、その他の循環器疾患
- \*：腎疾患：慢性腎炎（詳細病名）、ネフローゼ、腎不全、透析、腎移植
- \*：代謝・内分泌疾患：糖尿病、甲状腺疾患、副腎疾患
- \*：自己免疫疾患：SLE、ITP、抗磷脂質抗体症候群、MCTD、シェーグレン
- \*：肝疾患、肺疾患、モヤモヤ病、AVM、40歳以上の高年妊婦、18歳以下の  
若年妊婦
- \*：その他主治医がハイリスクとして対象としたもの

2) 妊娠中の異常

妊娠全経過を通して、以下の異常について把握していただき、登録してください。

以下の表に、該当する妊娠異常をピックアップするために、とくに、重点的に留意  
していただきたい妊娠週数を示しました。

妊娠中の異常	妊娠 15 週前後	妊娠 20 週前後	妊娠 30 週前後	妊娠 36 週前後
妊娠中毒症		●	●	●
耐糖能異常 (GDM含)	(●)	●	●	●
羊水過多・過少			●	●
前置胎盤		●	●	●
IUGR			●	●
形態異常児妊娠	●	●	●	●
多胎妊娠	●	●	●	●
TORCH	●			
極度の肥満 (BMI 26%以上)	妊娠初期*			
常位胎盤早期剥離				

\*：妊娠初期の身体計測値からBMI算定

2. 多胎の場合の調査票の取り扱い

\*：登録票、経過票（超音波検査票含）は1部のみ

\*：HP調査票は胎児数分、記入してください。

共通する部分は、例えば「1児に同じ」と記載していただければ結構です。

\*：HP調査票の登録番号（空欄）の末尾に次の様に記入してください。

1. 登録番号 □□-□-□□□-1 (多胎第一子の意味)

或いは

登録番号 □□-□-□□□-2 (多胎第二子の意味)

以上のように、登録番号の後ろに枝番を付けてください。

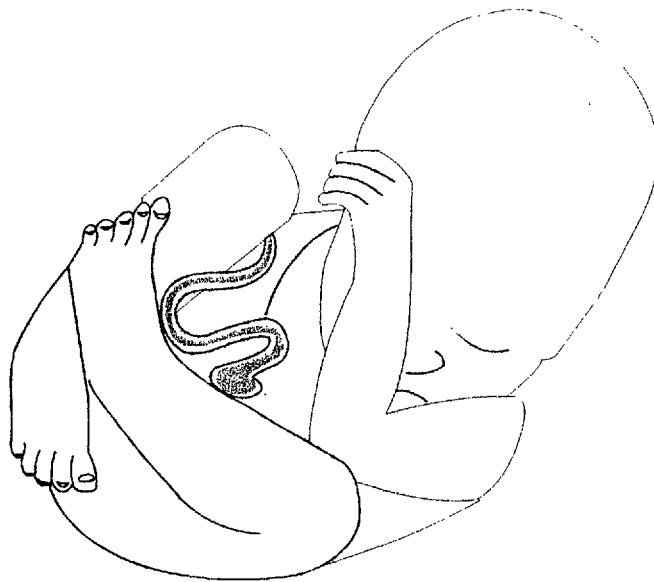
2. 母親氏名(イニシャル可) \_\_\_\_\_

3. カルテ番号 \_\_\_\_\_

(くれぐれも、登録時と同じ番号にしてください)

3. 外国人は、重要な要因であり、社会的問題もありますが、今回は除外してください。

4. 登録をしていただく時期は、診断のついた時期で結構です。登録を行う期間はとりあえず、1995年1月から1995年12月末日までとしてください。



## 登録の方法と帳票記載方法

1. 各協力施設に、「登録票」（桃色）をお渡ししますので、ご記入ください。登録票のID部分の補足説明を以下の表に示します。

ID	項目	補足説明
グループID	施設名	全角7文字以内で記入してください。*
患者ID	カルテ番号	カルテ番号を使います。半角8桁以内** <u>絶対に誤りのないよう</u> にお願いします。
	母親氏名	イニシャルでも可
レコードID	登録番号	センターで処理します。

\*：例、東京女子医大 福島医大 北大医学部など

\*\*：アルファベットと数字は可、ハイフンは除いてください。

母親氏名は問い合わせの際に利用させていただきますの記入してください。

2. 各スクリーニングの時期に、「登録対象疾病」に該当するものを発見したら、速やかに登録してください。登録の方法は、「登録票」に記載し、送付先へファックスでお送りください。
3. 登録と同時に、「経過票」、「HP調査票（他科との共診調査票含）」（淡いブルーの表紙）、に「登録票」を添付し、外来カルテに挟み込んで、保存してください。なお、HP調査票の登録番号は空欄にしておいてください。
4. 「経過票」は、帳票の上欄に示してある妊娠週数ごとに、診療所見を記入してください。超音波診断の所見は、診察ごとに、別票「産科超音波検査票」に記載し、経過票と一緒に保存してください。

経過票の「特殊検査」の項目の目安を示します。

（記入欄には項目のみ記入してください）

母体側	間接クームス、GTT、HbA <sub>1c</sub> 、フルクトサミン、ApTT、フィブリノーゲン、T <sub>3</sub> 、T <sub>4</sub> 、クレアチニン・クリアランス、SS-A抗体、SS-β抗体、抗DNA抗体、血小板抗体など
胎児側	羊水中のα-フェトプロテイン、unconjugated E <sub>3</sub> 、hCG、CVS、羊水穿刺、PUBS、MRI、カラードップラーなど

5. 分娩後、速やかに「HP調査票（他科との共診調査票含）」を記入し、「経過票 & 産科超音波検査票」を添付し、送付先へ郵送してください。

6. 「産科超音波検査表の記入時の注意事項」

- (1)各計測値は口に1文字ずつ入れてください。
- (2)各計測値では、mmとcmの単位がありますので、注意してください。
- (3)AC（Abdominal Circumference：腹部周囲長）は、横径×縦径で口を埋めてください。
- (4)頸管開大は頸管の開大値 mm×頸管の長さ mm で口を埋めてください。
- (5)妊娠初期の子宮、付属器の項目で該当するところがあれば口のところにし（あるいは×）印を入れ、（ ）内は大きさや場所を記入してください。
- (6)胎児の形態の項では、異常のところがあれば口の所にし印をつけ、「異常あり」の（ ）の中へ具体的な診断（疑いでも可）ができていれば、その病名を記入してください。
- (7)臍帯動脈血流波形はRI（Resistent Index）で記入してください。
- (8)超音波断層法で検索できなかった理由は、各種検査項目のうち、1つだけ検索できなかった場合でもし印をつけてください。



よろしく、ご協力お願いします。

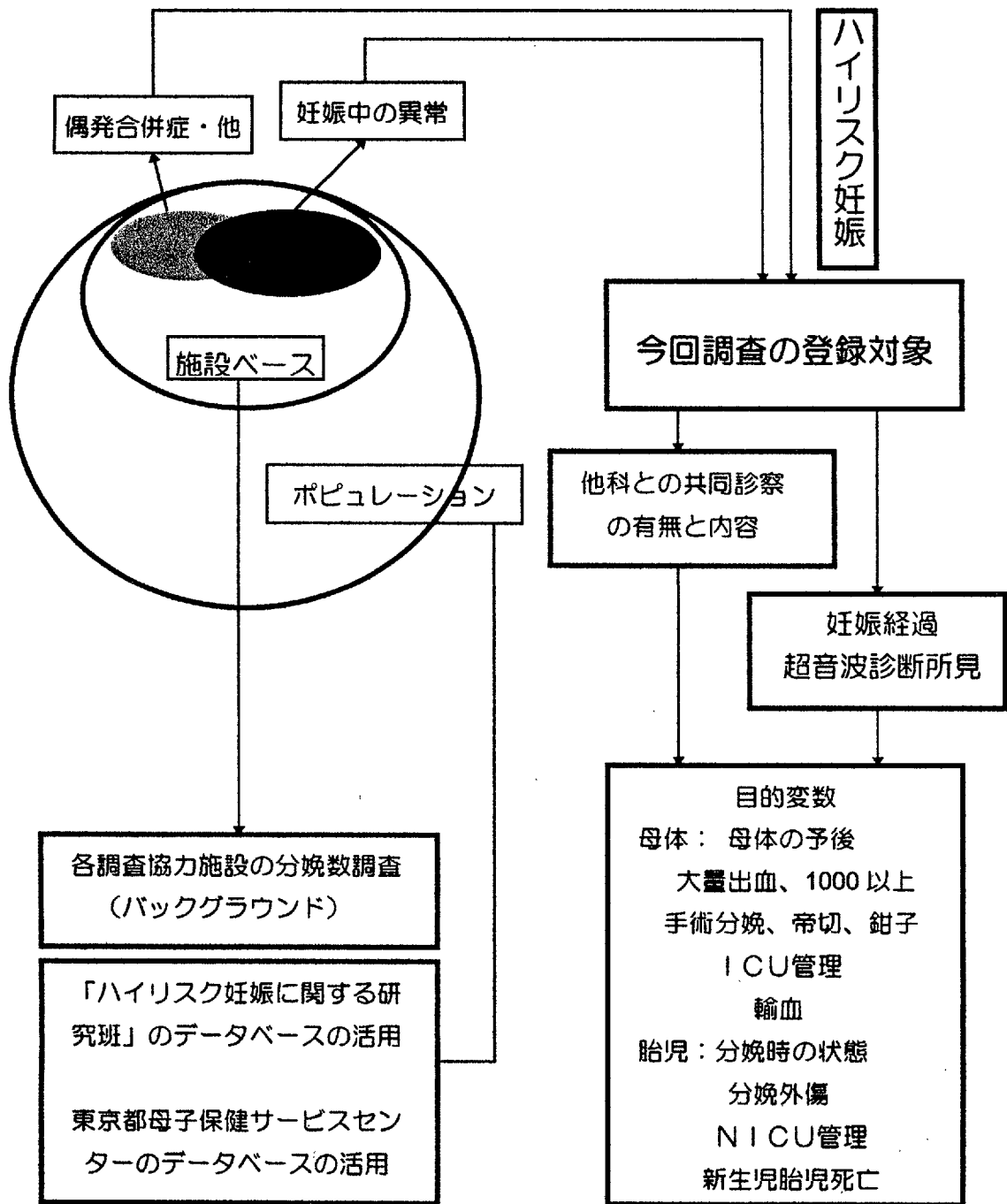
## 調査票の種類と回収時期

- \* 登録票A 4版用紙：対象把握時にファックスで登録  
分娩終了後に郵送
- \* 経過票A 4版用紙：分娩終了後に郵送
- \* 産科超音波検査票：分娩終了後に郵送
  
- \* HP調査票：淡青色B5表紙の冊子：分娩終了後に郵送  
(他科との共診調査票：B5版用紙挟み込み)

カルテ番号は、登録票、経過票、産科超音波検査票、HP調査票（他科との共診に関する調査票含）とも、すべて同一のものにしてください。

送付先：FAX 03-3941-5878 中村 敬 宛

〒170 東京都豊島区南大塚2-8-1  
東京都母子保健サービスセンター  
TEL 03-3941-3211 内2291



疾病の頻度を求めるのではなく、経過と分娩結果との関係を評価するのが目的で構築するものであり、ハイリスク妊娠の登録システムである。





# 経過票

登録対象疾患 \_\_\_\_\_

カルテ番号

母親の氏名 \_\_\_\_\_ (カタカナ)

	登録時	16~20週	21~25週	26~29週	30~33週	34~36週	37週以降
年月日							
週数	週	週	週	週	週	週	週
体重	・ kg	・ kg	・ kg	・ kg	・ kg	・ kg	・ kg
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
尿蛋白							
尿糖							
ヘモグロビン							
ヘマトクリット							
超音波断層法	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙
特殊検査							
妊娠合併症 偶発合併症 の状況							
予後の予測	ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE

- |                    |             |
|--------------------|-------------|
| A : とくに問題なし        | D : かなりのリスク |
| B : わずかな異常があるが予後良好 | E : 中絶の可能性  |
| C : 経過に注意する        |             |

# 産科超音波検査

患者氏名 _____	施設名 _____
カルテ番号 _____	検査日 _____
妊娠週数 _____ 週 _____ 日 (補: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	体重 _____ Kg

## 妊娠初期 (妊娠16週未満)

胎嚢: 子宮内 (    ) mm 子宮外

胎児: 有 無 胎児数: \_\_\_\_\_ 胎

胎児心拍: 有 無

CRL: (    ) mm BPD: (    ) mm

子宮・付属器: 子宮筋腫 子宮奇形 卵巣腫瘍 ルテイン嚢胞 その他  
( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

## 妊娠中・末期 (妊娠16週以降)

胎位: 頭位 骨盤位 横位 斜位 その他

胎児発育: BPD (    ) mm FL (    ) mm AC (    ) × (    ) mm

頸管開大: 有 無 検索不能 開大度: (    ) × (    ) mm

胎盤: 前壁 後壁 子宮底 厚さ: (   .  ) cm

前置胎盤 低置胎盤 腫瘍 梗塞 石灰化 常位胎盤早期剥離

羊水量(AFI): (   .  ) cm

胎児の動き: 心拍 有 無 四肢 有 無 軀幹 有 無 呼吸様運動 有 無

(異常がある場合のみ記載する)

胎児の形態:

頭部	<input type="checkbox"/> 形態 <input type="checkbox"/> midline echo <input type="checkbox"/> 脳室拡大
胸部	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 四面 <input type="checkbox"/> 胸部腫瘍 <input type="checkbox"/> 心肥大 <input type="checkbox"/> リズム
腹部	<input type="checkbox"/> 胃・消化管の拡張 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 臍静脈 <input type="checkbox"/> 腹水
背部	<input type="checkbox"/> 脊椎の形状
四肢	<input type="checkbox"/> 四肢の形状 <input type="checkbox"/> 四肢の長さ
付属器	<input type="checkbox"/> 臍帯 <input type="checkbox"/> 羊水
その他	<input type="checkbox"/> 外性器 <input type="checkbox"/> 皮下浮腫

異常あり  
( \_\_\_\_\_ )

特殊検査: BPP ( \_\_\_\_\_ )

臍帯動脈血流波形 (RI) ( \_\_\_\_\_ ) 拡張期血流波形消失 有 無

拡張期血流波形逆転 有 無

超音波断層法で検索できなかった理由:

1. 腹部瘢痕  2. 妊娠初期  3. 膀胱空虚  4. 胎児の位置  5. 妊娠末期  6. 肥満  7. 羊水過少  8. その他

医師氏名 \_\_\_\_\_

## 他科との共同診察に関する調査票

(付：母子のICU管理の有無に関する調査)

カルテ番号 \_\_\_\_\_ 母親氏名 \_\_\_\_\_

1. 他科との共同診察を行いましたか。

(0)行わなかった

(1)行った

\*「(1)行った」場合には、以下の項目にお答えください。

2. 妊娠期間別に、該当する診察内容と主になる診療科を  
下の表の該当する記号に「○」を付けてください。

妊娠期間 区 分	入院管理		外来管理	
	産科管理	他科管理	産科管理	他科管理
妊娠全期間	A1	A2	B1	B2
妊娠初期 (15 週まで)	FTA1	FTA2	FTB1	FTB2
妊娠中期 (16~27 週)	STA1	STA2	STB1	STB2
妊娠末期 (28 週以降)	TTA1	TTA2	TTB1	TTB2

3. 母体のICU管理

(0)なし

(1)あり

4. 新生児のNICU管理

(0)なし

(1)あり

# HP調査票

Prospective Study

整理番号（センター記入用）

<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

# HP調査表 (Prospective Study)

登録票より転記してください。

1	登録番号	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	母親氏名 (イニシアル可)	_____
3	カルテ番号	_____

本調査票の記入者 \_\_\_\_\_

記入上のお願い：

- 1 記入もれと区別するために、すべての項目に記入してください。  
データなし、は不明マークにするか、欄を斜線で消してください。  
まとめて該当しない項目がある場合も斜線を引いてください。
- 2 記入の上で迷われたときはコメントでご記入ください。コード化の時に参考になります。
- 3 登録票、および経過票は本調査票と一緒にご返送ください。  
原本が送れない場合はコピーをお送りください。



[新生児所見]

- 20 性別 男 女
- 21 体重 \_\_\_\_\_ g 不明
- 22 アプガースコア1分 \_\_\_\_\_点 不明
- 23 アプガースコア5分 \_\_\_\_\_点 不明

[分娩時処置]

- 24 陣痛誘発 あり なし 不明  
└─┬─> 25 その理由 ( \_\_\_\_\_ )
- 26 陣痛促進 あり なし 不明
- 27 吸引・鉗子分娩 あり なし 不明
- 28 帝王切開 (予定) あり なし 不明
- 29 帝王切開 (緊急) あり なし 不明
- 30 輸血 あり なし 不明

[分娩経過の異常]

- 31 微弱陣痛 あり なし 不明
- 32 分娩遷延 あり なし 不明
- 33 軟産道強靱 あり なし 不明
- 34 CPD・狭骨盤 あり なし 不明
- 35 前期破水 (陣痛発来前の破水) あり なし 不明
- 36 前期破水から分娩まで \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分

[分娩時の母体異常]

- 37 3度以上の会陰裂傷 あり なし 不明
- 38 弛緩出血 あり なし 不明
- 39 分娩時ショック あり なし 不明
- 40 羊水塞栓 あり なし 不明
- 41 肺塞栓症 あり なし 不明
- 42 母体死亡 あり なし 不明
- 43 その他の母体異常 あり なし 不明

└─▶ 44 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )

[分娩時の胎児・胎児附属物異常]

- 45 分娩時胎児仮死 あり なし 不明
- 46 分娩時胎児死亡 あり なし 不明
- 47 前置胎盤 あり なし 不明
- 48 胎盤早期剥離 あり なし 不明
- 49 その他の胎盤異常 あり なし 不明

└─▶ 50 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )

- 51 臍帯の異常 あり なし 不明

└─▶ 52 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )



[新生児の経過・処置]

- 53 けいれん あり なし 不明
- 54 先天異常 あり なし 疑い 不明  
└─▶ 55 異常の種類 ( \_\_\_\_\_ )
- 56 気管内挿管 あり なし 不明
- 57 入院 あり なし 不明  
└─▶ 58 入院の理由 ( \_\_\_\_\_ )
- 59 新生児死亡 (28日未満) あり なし 不明  
└─▶ 60 時期 7日未満 28日未満 不明  
└─▶ 61 原因 ( \_\_\_\_\_ )
- 62 その他の異常経過 あり なし 不明  
└─▶ 63 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )

[既往歴]

- 64 妊娠回数 \_\_\_\_\_ 回
- 65 分娩回数 (妊娠37週以上) \_\_\_\_\_ 回
- 66A 自然流産 (妊娠22週未満) \_\_\_\_\_ 回
- 67B 人工流産 \_\_\_\_\_ 回
- 68 早期産 (妊娠22-36週) \_\_\_\_\_ 回
- 69 後期死産 (妊娠28週以上) \_\_\_\_\_ 回

[既往の妊娠合併症および分娩時異常]

- |                    |                             |                             |                             |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 70 脛管無力症           | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 71 妊娠中毒症           | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 72 吸引・鉗子分娩         | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 73 帝王切開            | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 74 分娩時異常出血         | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 75 前置胎盤            | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 76 常位胎盤早期剥離        | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 77 その他の妊娠合併症・分娩時異常 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |

( \_\_\_\_\_ )

[妊娠経過および母子の状態の評価]

以下の質問は記入される方の主観で結構です。 (主な項目を一つ選んで下さい)

78 妊娠中の経過の総合的評価

- 順調であった。
- 軽度の異常はあったが、治療は不要であった。
- 異常のために、生活の制限、治療を行った。
- 妊娠の継続が危ぶまれた。
- 妊娠の中絶を要した。
- その他

79 管理区分

- 妊娠初期よりの管理
- 妊娠中期よりの管理
- 妊娠20～30週からの管理
- 妊娠30週以降よりの管理
- 分娩時のみの管理

80 今回の分娩における子供の状態の評価

- 順調で問題無し。
- わずかな問題があった。
- 少し危険があった。
- かなりの危険があった。あるいは障害が残った。
- 周産期死亡あるいは同等の重篤な結果であった。
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

81 分娩および産後の母体の状態の評価

- 順調で問題無し。
- 少し危険があった。
- かなりの危険があった。あるいは産後の健康状態が悪化した。
- 重篤な危険、重い障害が発生した。
- 死亡した。
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

↓ **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 ↓

「ハイリスク妊娠の前方視的調査(調査用紙)」