

# 産婦人科偶発事例月間報告書

報告年月日	西暦	年	月	日	記載者
-------	----	---	---	---	-----

産婦人科責任者は毎月、人工妊娠中絶実施報告書と同時に所属支部にご報告ください。

所属施設名（ゴム印可）	施設名（○印）
	1.大学病院    2.公立病院    3.公的病院 4.私的病院    5.診療所    6.その他

医師氏名、所属施設名は本部には報告されません。

貴施設月間状況	分娩数（                      件）	項目すべて異常なし （○をつけてください）	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
---------	------------------------------	--------------------------	---

分娩を取り扱っていない施設や、分娩の取り扱いがなかった場合は『0』を記入し、ゼロ報告してください。

I. 事例発生年月日	西暦                      年                      月                      日																																
II. 偶発事例分類（該当する□に✓を入れて下さい）																																	
事例診療分野の分類	<input type="checkbox"/> 産科診療（妊娠分娩）に関わる事例（異所性妊娠含） <input type="checkbox"/> 婦人科診療に関わる事例 <input type="checkbox"/> 不妊症診療に関わる事例																																
事例対象の分類	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">因果不明</td> <td style="width: 10%;">予後不明</td> <td style="width: 10%;">自然軽快</td> <td style="width: 10%;">治療軽快</td> <td style="width: 10%;">後遺障害</td> <td style="width: 10%;">脳性麻痺</td> <td style="width: 10%;">死亡</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 妊婦・産婦・褥婦</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胎児・新生児</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 非妊女性</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		因果不明	予後不明	自然軽快	治療軽快	後遺障害	脳性麻痺	死亡	<input type="checkbox"/> 妊婦・産婦・褥婦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胎児・新生児	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 非妊女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	因果不明	予後不明	自然軽快	治療軽快	後遺障害	脳性麻痺	死亡																										
<input type="checkbox"/> 妊婦・産婦・褥婦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/> 胎児・新生児	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/> 非妊女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
事例分類 <input type="checkbox"/> 子宮内容除去術（流産・産褥）・人工妊娠中絶に絡む事例 <input type="checkbox"/> 妊娠中の管理に絡む事例（陣痛発来前） <input type="checkbox"/> 分娩に伴う事例①産科処置・手術に伴う事例 <input type="checkbox"/> 分娩に伴う事例②産科重症合併症 <input type="checkbox"/> 分娩に伴う事例③胎児側合併症 <input type="checkbox"/> 新生児管理上の事例 <input type="checkbox"/> 婦人科手術事例 <input type="checkbox"/> 婦人科・不妊症診療に関わる事例 <input type="checkbox"/> 輸血関連事例 <input type="checkbox"/> その他の事例																																	
III. 臨床的診断名（事例の中心となる診断名）                      : 具体的な臨床経過は裏面に記載のこと																																	
IV. この事例の問題点、争点																																	
V. 医事紛争への発展の可能性（該当する□に✓を入れて下さい）																																	
<input type="checkbox"/>	1 医事紛争中	<input type="checkbox"/>	4 訴訟前解決（示談・話し合い解決）	付記事項  産科医療補償制度への申請：有・無・不明																													
<input type="checkbox"/>	2 証拠保全・訴状有	<input type="checkbox"/>	5 訴訟（示談・和解・勝訴・敗訴・その他）																														
<input type="checkbox"/>	3 カルテ開示請求有	<input type="checkbox"/>	6 紛争なし																														
		<input type="checkbox"/>	7 不明																														
VI. 支部への要望（この事例について）																																	
VII. その他																																	

## 事例報告書

VIII.具体的な臨床経過 ※ 経過サマリーがある場合は添付して提出してください