

厚生労働科学研究費補助金「周産期医療の質と安全の向上のための研究」
INTACT極低出生体重児 3歳予後調査票

□内については、入力画面はありません。

匿名化番号	<input type="text"/>
性別	男 <input type="text"/> 女 <input type="text"/>
出生在胎 週 日	<input type="text"/> 週 <input type="text"/> 日
出生体重	<input type="text"/> g

フォローアップの実施

NICU死亡退院症例はフォローアップ入力画面はありません

NICU入院中か

入院中

退院

必須項目

自施設でのフォローアップ実施の有無

あり

なし

なしの場合の理由

下記のBOXの中で1つをチェック

死亡(退院後)	<input type="text"/>
(NICU外)病院入院中	<input type="text"/>
重症心身障害児施設入院中	<input type="text"/>
その他の療育施設入所中	<input type="text"/>
乳児院入所中	<input type="text"/>
他院/他施設でのフォロー	<input type="text"/>
受診希望なし	<input type="text"/>
行方不明・音信不通	<input type="text"/>
その他	<input type="text"/>
不明	<input type="text"/>

死亡の日付け 日付入力
死亡時の月齢 暦 か月

入院・入所先名

フォロー先名

理由を記入

入院・入所中の場合、神経学的重度障害(SND)の有無

神経学的障害(NDI)の有無

下記のBOXの中で1つをチェック

下記のBOXの中で1つをチェック

なし	<input type="text"/>
あり	<input type="text"/>
不明	<input type="text"/>

なし	<input type="text"/>
あり	<input type="text"/>
不明	<input type="text"/>

フォローアップ実施

実施日 日付入力

施設名 フォローアップ施設の変更があった場合のみ

フォローアップ時年齢

暦 歳
修正 歳

か月
 か月

脳性麻痺(CP)の臨床評価

障害判定に必須

CPの有無

下記のBOXの中で1つをチェック

なし	<input type="checkbox"/>
あり	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

(診断のフローチャートを参照して型を診断)

ありの場合

下記のBOXの中で1つをチェック

痙直性	<input type="checkbox"/>
アトーゼ	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
分類不能	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

痙直性の場合下記のBOXの中で1つをチェック

四肢麻痺	<input type="checkbox"/>
両下肢	<input type="checkbox"/>
片麻痺	<input type="checkbox"/>
単麻痺	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

推測されるCPの原因は？

下記のBOXの中で1つをチェック

PVL	<input type="checkbox"/>
IVH	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

記入

運動機能の評価(GMFCS分類)

(レベルの診断には表1を参照)

粗大運動機能のレベルを記入、機能制限の全くない例は0を記入して下さい。

レベル

(数字で記入)

1	歩行補助具を使わないで歩く (歩行の開始の多くは18か月から2歳)
2	制限を伴って歩く 家具につかまってつたい歩き、歩行補助具を使って歩行が移動手段、交互性パターンの四つ這い
3	肘這い、下肢の交互のない四つ這いで移動、テーブルにつかまって短い時間のつたい歩きができる
4	寝返り、腹をつけた肘這いで移動。座位・立位保持にはいすやスタンディングボードなどが必要
5	自力による移動は困難。座位、立位は適合機器や補完的な技術を使っても完全には代償されない

水頭症に対するシャントの有無

なし	<input type="checkbox"/>
あり	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

けいれん

退院後これまでにけいれんを起こしたことはありますか

なし	<input type="checkbox"/>
あり	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

以下「あり」の場合

そのときに発熱はありましたか

はい	<input type="checkbox"/>
いいえ	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

最後におこったけいれんはいつ頃ですか

現在抗けいれん薬の治療をうけていますか

なし	<input type="checkbox"/>
あり	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

その他の神経学的障害について記入

発達の評価

障害判定に必須

発達検査を実施しましたか？ はい いいえ

実施されてなければその理由を記入下さい 下記のBOXの中で1つをチェック

- 正常発達(主治医)のため実施せず
- 発達遅滞(主治医)のため実施せず
- 合併する障害のため実施せず
- 試みたが完了できず
- 保護者の拒否
- その他

発達検査

実施した発達検査

新版K式検査 はい

その他

	暦年齢	修正年齢
total DQ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
下位項目 P-M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C-A	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L-S	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	検査名を記入 暦年齢	修正年齢
total DQ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
下位項目名	スコア	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

発達評価

下記のBOXの中で1つをチェック
(暦年齢で) 検査評価 主治医判定

正常発達 (DQ ≥ 85 or 6か月未満の遅れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ボーダーライン (DQ 70-84 or 6か月以上11か月未満の遅れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
遅滞 (DQ 55-69 or 11か月以上16か月未満の遅れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重度遅滞 (DQ < 55 or 16か月以上の遅れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不明		<input type="checkbox"/>

主治医判定の発達評価の根拠

感覚機能障害とコミュニケーション能力

障害判定に必須

視覚機能

眼鏡を使用していますか はい いいえ 不明

視力(眼鏡使用の場合はつけた状態で)

下記のBOXの中で1つをチェック

弱視、近くの大きな動きのみ見える(手動弁～指動弁に相当、眼振がある)

正常またはほぼ正常

光のみ判別あるいは全盲

不明

斜視がありますか はい いいえ 不明

聴覚機能

補聴器を使用していますか はい いいえ 不明

聴力(補聴器使用の場合はつけた状態で)

下記のBOXの中で1つをチェック

補聴器により補正可能(40-70dBHL)

正常またはほぼ正常

補聴器により完全には補正不能(70-90dBHL)

補聴器でもほとんど聞こえない(>90dBHL)

不明

コミュニケーション能力

何らかのコミュニケーションの困難さがありますか(発達遅滞、発達障害を含む)

はい いいえ 不明
(聴力障害のみは除く)

「直近の経験を問われて想起できる」→今日だれときたの？

下記のBOXの中で1つをチェック

言葉のみでの理解可能

他の方法(ジェスチャーなど)も使った理解可能

全く理解できない

不明

「日常的な応答ができる」→お名前は？ 何歳ですか？

両方またはどちらかを答える

指などを使って答える

名前、年齢ともいえない

不明

有意語の表出は？

2語以上の文

単語のみ

有意語なし

不明

行動

多動の有無

多動* 同年齢の児に比して著しく落ち着きがない、ADHD、ADHD疑いも含む

自閉の有無

(別紙: 自閉症スペクトラム障害を疑う症状を参照)

下記のBOXの中で1つをチェック

正常

多動*

不明

下記のBOXの中で1つをチェック

正常

自閉症スペクトラム障害疑い(専門医)

自閉症スペクトラム障害疑い(主治医)

自閉症スペクトラム障害(専門医)

自閉症スペクトラム障害(主治医)

身体的問題

障害判定に必須

呼吸機能

下記のBOXの中で1つをチェック

問題なし(医療なし)	<input type="checkbox"/>
運動機能の制限あり	<input type="checkbox"/>
酸素または人工呼吸が必要	<input type="checkbox"/>

呼吸器感染の反復(入院を必要とする)
定期的治療を要する気管支喘息

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

気管切開
在宅酸素
人工呼吸器使用

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

腎機能

下記のBOXの中で1つをチェック

問題なし(医療なし)	<input type="checkbox"/>
何らかの治療を要する障害	<input type="checkbox"/>
透析または移植を必要とする障害	<input type="checkbox"/>

消化器機能

下記のBOXの中で1つをチェック

問題なし(医療なし)	<input type="checkbox"/>
特別の食餌(栄養剤)を経口摂取	<input type="checkbox"/>
経口摂取不能	<input type="checkbox"/>

NGチューブ または胃瘻	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
TPN	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
ストーマ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

身体発育

体重	<input type="text"/>	kg	事務局で記入	<input type="text"/>	SD
身長	<input type="text"/>	cm		<input type="text"/>	SD
頭囲	<input type="text"/>	cm		<input type="text"/>	SD
血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg		

その他の障害や問題と日常生活への影響などについて

総合判定(事務局で記入)

神経学的障害の合併

下記のBOXの中で1つをチェック

死亡(D)	<input type="checkbox"/>
重度障害(SND)	<input type="checkbox"/>
障害(NDI)	<input type="checkbox"/>
上記なし	<input type="checkbox"/>

その他の(身体的)障害

下記のBOXの中で1つをチェック

重度	<input type="checkbox"/>
あり	<input type="checkbox"/>
なし	<input type="checkbox"/>