

## キーフィールド

CIBMTR センター番号 : \_\_\_\_\_

細胞治療登録一元管理番号 (CRID) : \_\_\_\_\_

イベント日 (輸注予定日) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (YYYY/MM/DD)

## 機能状態

質問 : 1-6

**出産予定日を報告してください。本報告時点で、患者または患者のパートナーが妊娠している場合は、妊娠していることを回答してこのフォームを一旦提出しますが、妊娠の転記を入力いただく必要がありますので、出産後に改めてこのフォームを更新してください。**

1. 出産予定日 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (YYYY/MM/DD)

2. 本報告時点で患者は妊娠していましたか？ (女性に限る)

- はい/有 → 本質問で回答終了です。  
 いいえ/無 → 質問 4 へ

3. 本報告時点で患者の女性パートナーは妊娠していましたか？ (男性に限る)

- はい/有  
 いいえ/無

4. 妊娠の転帰を選択してください :

- 満期にて生児の出産  
 早産にて生児の出産 (未熟児)  
 子宮内胎児死亡  
 自然流産  
 選択的中絶  
 不明

5. 先天性異常が認められましたか？ (生児)

- はい/有  
 いいえ/無

6. 出産日 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (YYYY/MM/DD)  推定した日付である

記入者氏名 : \_\_\_\_\_

記入日 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_