

細胞治療 F3501 R3.0 : 妊娠フォーム

※文字色がグレーの質問/選択肢については、回答不要/選択不可です。

2025/4/17

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、妊娠の転帰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. Was the baby diagnosed with intrauterine growth restriction (IUGR)?(Live birth)

- はい/有
 いいえ/無
 不明

細胞治療 F3501 R3.0 : 妊娠フォーム

※文字色がグレーの質問/選択肢については、回答不要/選択不可です。

2025/4/17

7. Was the baby small for gestational age (SGA)?(Live birth)

- はい/有
- いいえ/無
- 不明

8. 出産日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD) 推定した日付である

記入者氏名 : _____

記入日 : _____ / _____ / _____