

分娩申込書

入院患者氏名 _____ 診察券番号 _____

住 所 〒 _____

生 年 月 日 昭和・平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

この度、貴院に分娩申し込みすることになりました。
つきましては入院に関する指示事項は順守しますとともに、入院料、治療費その他の費用については、
貴院にご迷惑をかけません。
なお、寝具類その他の貴院備品等を滅失又は損傷した場合には実費弁済いたします。
入院病室の希望に添えない可能性があることも承知致します。
医学的に必要な転院を除き、自己都合によるキャンセル・転院の場合には予約金がキャンセル料として徴収されることを了承します。

申込者

令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人氏名 _____ (印)

配偶者氏名 _____ (印)

住 所 〒 _____

電話番号 _____

身元引受書 (配偶者以外)

入院患者氏名 _____

上記の者が貴院に入院するにあたり、私において、本人の身元に関する一切の事項を引き受けます。
なお、退院を命ぜられた場合は指定の日には本人を引き取り、また、転居の場合は直ちにお届けいたし特に
申込者が診療費を納入しない場合は、私がこれを引き受け、貴院にご迷惑をおかけいたしません。

引受人

令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 _____ (印)

住 所 〒 _____

電話番号 _____

患者との関係 _____

緊急に備えた安全管理システムについて

分娩監視装置およびセントラルモニタシステム

当院では最新のモニタリングシステムを導入しています。

NST室、分娩待機室、LDRの患者様にセンサーを装着することで、胎児心拍と子宮収縮の測定を行い、そのデータを病棟のスタッフステーションおよび外来診療中の医師が常に見られるようにセントラルモニタシステムを導入しております。

監視カメラと生体モニタ

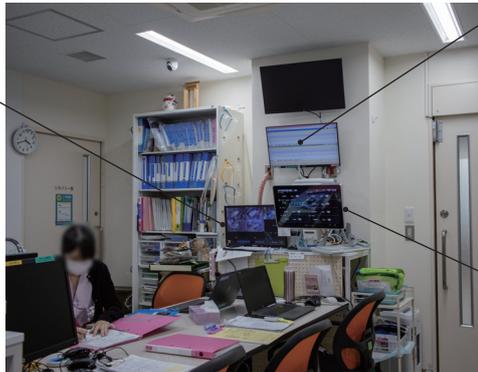
より安全な出産のため、手術室とLDRの患者様の様子をカメラで映像モニタおよび生体モニタで管理しております。これは、患者様の容体急変にいち早く対応するためのもので、室内のほぼ全体を映した映像が病棟のスタッフステーション内のモニタと外来診療中の医師が視認できるようになっています。

この映像モニタ画面は、プライバシー保護の観点から、顔が認識できないよう常時ぼかしを入れ運用しています。

また、記録されたデータは、内規で定められた期間、保存しております。



映像モニタ(LDRの拡大画像)
※「かわぐち」という文字がぼけています。



スタッフステーションのセントラルモニタシステム



NST(胎児心拍と子宮収縮の測定)



新生児室は24時間監視モニターによって
守られています。



生体モニタ(イメージ)



カードキー

館内セキュリティ

当院の病室は扉を閉めた時に鍵が自動で施錠できるオートロックシステムを採用しております。病室をはじめエレベーターや階段扉等もカードキー(ルームキー)がなければ入れません。

✂ キトリ

医療法人社団紡世会 かわぐちレディースクリニック 院長 殿

「緊急に備えた安全管理システムについて」の内容を理解し、承諾いたします。

同意いただける場合は上記(□)にチェックをお願いします。同意いただけない場合は当院での分娩はお受けできません。

令和・西暦 年 月 日

本人署名 _____

配偶者署名 _____

当院で出産される皆様へ

臨床研究へのご協力に関するお願い

かわぐちレディースクリニックでは、日々新しい医療情報を学び、患者様に最新かつ最善の治療と質の良い環境を提供するよう日々努めています。

それでも、分娩にまつわる病態はすべてが解明されているわけではなく、またより良い医療体制を構築することは、まさに日進月歩であり、新しいことに気が付いたら、それを考え、共有し、討論する臨床研究が必要となります。

また、医療は技術を継承し高いレベルの質を保つ必要があるため、次の世代を育てるために、ときに先輩指導者が新しい医療者の教育を行う場の提供をお願いすることがあると思います。

私達は、みなさまの診療記録を基に医学的事象の検討や検査並びに治療の過程で得られた超音波画像、血液・生化学検査、手術標本など医学的な記録を臨床研究の目的にも使用させていただく場合があります。また、臨床の場を次世代の指導に使用させていただくこともあります。

妊婦の皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

なお、臨床研究や実習に医学的な記録を使用する場合は、下記内容を厳守し実施いたします。

記

1.使用目的:

臨床的に必要な診療データを集積して、検討、解析することにより、今後の病気の診断や治療の向上に役立てることを目的とし、それ以外の用途に使用しません。

2.プライバシーの保護:

研究結果は、学会や医学雑誌などに発表する可能性はありますが、患者様の氏名をはじめすべてデータは匿名化する処理を行い、個人の特定に繋がる情報は一切公表されません。

3.診療記録を使用する場合:

診療記録を使用する場合は、患者様の診断や治療に直接影響することはありません。

4.臨床実習を行う場合:

臨床実習を行う場合は、かならず責任者が同伴し、医療の質を担保します。

5.費用:

患者様のご負担はありません。またデータを使用したこと、実習を行わせていただいたことへの謝礼はありません。

6.同意しない場合の不利益:

臨床研究データについては医学の発展の為に、国への報告、学会発表または学術論文発表等をする事が目的です。臨床実習の同意についてはみなさまの自由意思に基づくものです。同意なさらない場合でも不利益を受けることはありません。また、同意された後であっても、いつでも同意を撤回することができます。

かわぐちレディースクリニック 院長 檜垣 博

✂ キリトリ

医療法人社団紡世会 かわぐちレディースクリニック 院長 殿

臨床研究データの収集の意義を理解しました。臨床研究データの収集の際にはこれを許可します。

臨床実習の必要性を理解しました。臨床実習が必要な場合はこれを許可します。

同意いただける項目すべてにチェックをお願いいたします。意思確認のため書類の提出をお願いいたします。

臨床研究データの収集は、分娩数の報告・周産期データ報告がありますので、必ず許可いただいています。

同意いただけない場合は当院での分娩はお受けできません。

令和・西暦 年 月 日

本人署名 _____

配偶者署名 _____

当院で分娩をご希望されて受診される妊婦様へ

埼玉県の周産期システムについてご案内

当院は埼玉県川口市に所在地があり、埼玉県の周産期システムに基づいて診療を行っております。そのため、妊娠中に何かしらの合併症(切迫早産、妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群や、新型コロナウイルス感染症)などの合併症が生じた場合で、高次医療機関へ紹介、または搬送を行う場合には、管轄が川口市となります。

紹介先は主に「川口市立医療センター」もしくは「済生会川口総合病院」となり、管轄地域内で収容が難しい場合には埼玉県全域での調整に移ります。

遠方からお越しの妊婦様でも、行政区分を超えて、当院が独自に搬送の調整をすることは承りかねます。

医学的理由で転院になる場合には、本人のご希望の病院に転院することはできず、また無痛分娩を行えない施設での出産になるとご理解ください。

ただし、妊婦様が個人的に予約した医療機関への紹介状の作成や医療連携を図ることは承れます。埼玉県の周産期システムについてご理解の上、分娩の申し込みをお願いします。

かわぐちレディースクリニック 院長 檜垣 博

✂ キリトリ

医療法人社団紡世会 かわぐちレディースクリニック 院長 殿

周産期診療の行政管轄について理解しました。

同意いただける場合は上記(□)にチェックをお願いします。

同意いただけない場合は当院での分娩はお受けできません。

令和・西暦 年 月 日

本人署名 _____

配偶者署名 _____

救命が必要な緊急時における、輸血および血漿分画製剤に関する説明書

日本に妊産婦死亡はおよそ年間40例と報告されており、産科危機的出血が死因の第1位となっています。

産科出血に対する異常の早期発見及び適切な処置は母体の救命に大きく寄与します。

緊急輸血や血液分画製剤の使用は、急に発症した産科DICや大量出血で母体が出血性ショックの状態にあり、直ちに輸血を開始しなければ救命が困難な状況に陥る可能性があるかと判断したときのみとします。ただし、緊急事態においては医師から本人や御家族に説明する時間も得られないことが予想されるため、この説明書は緊急対応時に書類が無いために必要な救命処置が取れないのを伏せず目的で事前説明を行っています。出産前によく読んでいただき、判らないことがあれば担当医に質問してください。

1. 緊急赤血球輸血

製品名：赤血球液-LR「日赤」(O型) 投与量200～400ml 費用200ml～4,920円：(保険診療)

通常の輸血を行う際には、血液型適合試験など交差適合検査という手順を踏んで安全性を確認の上で行いますが、分娩時の大量出血により輸血を必要とし、かつ通常の輸血検査を行う時間的余裕が無い場合には、母体の救命を最優先として院内常備のO型の赤血球製剤を緊急輸血します。

輸血による副作用

(1) 急性溶血性輸血副作用

輸血後24時間以内に、発熱、黄疸やヘモグロビン尿が観察されます。重症例では腎不全を起こして死亡することもあります。ほとんどの原因はABO不適合輸血(表1)によるものですので、緊急時に常備O型の赤血球を使用する緊急輸血で輸血過誤による急性溶血性輸血副作用の危険性は大幅に低減化されます。

表1 赤血球ABO不適合輸血の例

患者ABO型		輸血した血液のABO型
O型	←	A型,B型,AB型
A型	←	B型,AB型
B型	←	A型,AB型

(2) 遅発性溶血性輸血反応

緊急輸血では不規則抗体陽性者に抗原陽性血を輸血する危険性があります。事前に不規則抗体がある方とわかっていても、救命に時間的余裕が無い場合は抗原陽性血を輸血せざるを得ません。抗原陽性血を輸血した場合の副作用として、溶血反応があります。多くの場合は輸血後1～2週間後に起きます。

(3) 母体Rh陰性の場合

Rh 陰性血の在庫は当院にはありません。救命に時間的余裕が無い場合は Rh 陽性血を輸血せざるを得ません。Rh陰性の方にRh陽性血を輸血した場合は、輸血後に抗Rh抗体を産生するようになり、次回、Rh陽性の胎児を妊娠した場合は妊娠継続が難しくなることがあります。

その他の副作用

一般的な副作用としては、輸血感染症(肝炎ウイルス、エイズウイルス等)、急性アレルギー反応、輸血後GVHD、輸血関連急性肺障害があります。

2. フィブリノーゲン製剤

製品名：フィブリノーゲンHT1g 投与量3～6g 費用1gあたり55,000円(自費診療)

大量出血を認めた場合、早期にフィブリノーゲン因子を補充することで、母体の生命予後を改善することができるようになりました。当院ではフィブリノーゲン迅速測定機器を導入しており大量出血時に、その重症度を早期より判断できるようにしています。これにより、産科危機的な出血のみならず、予想外の常位胎盤早期剥離、羊水塞栓といった重篤な産科合併症が起きても、重症度の判定が可能となり、治療の診断基準を満たした場合には、救命の目的のため早期よりフィブリノーゲン製剤を投与することが可能となっています。

フィブリノーゲン測定の有用性がすでに証明されているものの、日本全国の一次分娩施設におけるフィブリノーゲン血液製剤の投与は、現在は保険給付外で自費での使用材料になります。

3. アルブミン製剤

製品名：献血アルブミン5% (250ml/本) 投与量1~2本 費用1本あたり1,280円 (保険診療)

アルブミン製剤は、大量出血時に血圧を安定させるなどの効果があり、また、妊娠高血圧症候群の術後による血管内脱水や術後肺水腫の症状を速やかに改善する効果があります。術後低蛋白血症、肺水腫、全身浮腫著明の症例には投与を行うことがあります。

4. 血液凝固阻止剤

製品名：ノイアート静注用 (1500単位/本) 投与量1回 費用1本あたり16,570円 (保険診療)

常位胎盤早期剥離、重篤な分娩後出血などの重篤な産科出血症例に、産科DICを治療するために血液製剤であるアンチトロンビンIIIを投与することがあります。

上記2~4の血液製剤はすべて「特定生物由来製品」と分類されており、これらの製品とは主に人や動物の血液に由来するものを原料としており、原則として緊急時に使用が必要と判断した場合のみ投与を行います。血漿分画製剤は、技術の進歩とともに安全になってきましたが、それでも副作用や合併症（関連して起こる別の病気や病症）をまだ100%完全に避けることはできません。現在、血漿分画製剤による感染症（B型肝炎、C型肝炎、HIV感染症、成人T細胞性白血病ウイルス (HTLV-1) 感染、細菌感染など）の危険性は低くなってきましたが、皆無とは言えません。また、変異型クロイツフェルト・ヤコブ病の原因とされる異常プリオンなどの新しい病原体や、未知の病原体による感染症のリスクを、完全に否定することもできません。さらに、投与することで免疫反応（じんましん、発熱、アナフィラキシーショックなど）が起こることがあります。

当院では産後の管理として輸血や血漿分画製剤のルーチン投与は行っておりません。繰り返しになりますが、分娩時に大量出血や予想外の産科合併症が発生し、母体生命の危機に及ぼす恐れがあると判断した場合、上記の緊急輸血や血漿分画製剤を投与することがあります。

なお、副作用と輸血の因果関係を証明できる場合、「特定生物由来製品感染症等被害救済制度」を受けることができます。そのため輸血後3ヶ月程度をめどに採血検査をすることが推奨されます。

※以上の説明について、ご質問等ございましたら担当医におたずねください。

母体急変時の対応について、上記説明をご理解の上、同意される場合は、下記に署名してください。
また、不安や疑問などがありましたら、いつでも医師にご相談ください。

✂ キリトリ

かわぐちレディースクリニック 院長・担当医 殿

このたび救命が必要な時に、輸血や血漿分画製剤の使用が必要なことを理解しました。
救命が必要な緊急時には輸血および血漿分画製剤の投与を受けることに同意します。

同意した日 令和・西暦_____年_____月_____日

患者署名 _____

親族署名 _____

患者との続柄 _____