

Sample Book

わかりやすく、使いやすく、

生まれ変わりました！

第3版 専門医を目指す

周産期診療 ワークブック

編集 日本周産期・新生児医学会
周産期診療ワークブック作成委員会

周産期に携わる医療者必携！

知識の整理にも 専門医試験対策にも役立つ 実践的教科書

MEDICAL VIEW

生まれ変わった「周産期診療ワークブック」の特徴をご紹介します

日本周産期・新生児医学会専門医試験の実際の試験問題からオリジナルに設問を作成し、押さえるべき知識のポイントをまとめました。「専門医試験のポイント」を挙げ、それに沿って解説もコンパクトに！○×式の Exercise で力試しができ、専門医試験に役立つトレーニングにもなります。専門医試験で押さえるべきポイントは、専門医として押さえるべき知識の要点であり、専門医試験対策として、また、専門医レベルの知識のアップデートとして、より合理的に学べます。



Exercise で力試し！

実際の試験問題からオリジナルのQを作成しました！



専門医試験のポイント

各テーマで問われる重要なポイントをまとめました！

すなわち、周産期専門医として押さえておくべき要点です。



共通レベル もついています！

母体・胎児専門医も新生児専門医も、ともに身につけておくべき知識です！

1 母体編 ▶ 4 分娩・産褥期

8 産褥熱，乳腺炎，乳汁分泌不全

Exercise

Q. 正しいものには○，誤ったものには×をつけよ。

- () 産褥熱の原因菌としては劇症型A群溶連菌の頻度が最も高い。**共通レベル**
- () 産褥熱で弛張熱を示す場合には骨盤内での膿瘍形成を疑う。
- () 経膣分娩後の重症の産褥熱ではクリンダマイシンとゲンタマイシンの併用が推奨されている。
- () 産褥熱の患者の呼吸数が25回/分で、血圧が88/54mmHgの場合には集中治療が必要と判断する。
- () 産褥熱で鑑別を要する疾患に乳腺炎や尿路感染症がある。
- () うっ滞性乳腺炎では抗菌薬投与を行う。
- () 乳腺炎の起炎菌としてブドウ球菌が最も高頻度である。

専門医試験のポイント

- 産褥熱の定義と起炎菌
- 産褥熱の管理
- 敗血症のスクリーニング
- 乳腺炎の定義と起炎菌
- 乳腺炎の分類と管理

「専門医試験のポイント」と解説の見出しを統一！

「専門医試験のポイント」に沿って解説をまとめました。

1 産褥熱の定義と起炎菌

産褥熱 (puerperal fever) とは、妊娠中または分娩時に子宮頸管や腔内に存在していた細菌の上行性感染とそれに伴う発熱であり、古典的には分娩後24時間以降から産褥10日目までに38℃以上の発熱が2日以上持続する場合をいう。

産褥期の発熱の原因には産褥熱のほかに尿路感染症や乳腺炎、切開創の感染、麻酔後の呼吸器合併症などがあり鑑別を要する。

感染部位が産道の損傷部位や骨盤内に局限する場合と、敗血症のように全身に波及する場合がある。

複数の細菌が混合感染する場合が多く、起炎菌としては大腸菌などの好気性グラム陰性桿菌、ブドウ球菌などの好気性グラム陽性球菌が多いが、緑膿菌やエンテロバクターなどの弱毒菌やクロストリジウムなどの嫌気性菌、クラミジアなどが原因となることも多くなっている。

2 産褥熱の管理

抗菌薬投与前に培養・抗菌薬感受性検査を実施する。起炎菌の同定ができていない場合が大半なので、

広域スペクトラムの抗菌薬を早期に投与し、細菌培養検査の結果で抗菌薬を狭域化して管理する。

長文問題の実例

長文問題の実例も載ってマス。

リアルにイメトレ。

長文問題の実例

問題1

妊娠初期の血液型判定でRh (D) 陰性であったため、配偶者も血液型判定を行ったところRh (D) 陽性であった。
既往歴：喘息、最終発作は14歳。現在症状がなく、受診していない。
家族歴：特記事項なし。
生活歴：喫煙・飲酒はしない。
現 症：意識は清明。身長156cm、体重63kg。体温36.5℃。脈拍88/分、整。血圧112/64mmHg。呼吸数18/分。現在妊娠28週0日の胎児推定体重は1,158gで過数相当である。

設問1 現時点での妊娠中の管理として適切でないのはどれか。

- 抗D抗体価測定を行う。
- 胎児腹水の有無を確認する。
- 直接Coombs試験を行う。
- 胎児中大脳動脈ドブラ血流計測を行う。
- 下大静脈のpreload indexを計測する。

軽症子宮内膜炎では経口抗菌薬投与で改善することが多いが、中等度～重症症例では、広域β-ラクタム薬やアンピシリン (aminobenzylpenicillin: ABPC) あるいは広域ABPCとβ-ラクタマーゼ阻害薬との合剤の静脈投与が必要となる。より重症度の高い症例ではクリンダマイシンとゲンタマイシンの併用などの2

剤併用を検討する¹⁾。

抗菌薬が奏効しない場合は、薬剤耐性菌である可能性や膿瘍形成などの進行性の状態に至っている可能性を考え、抗菌薬の変更やCT検査などの画像検査を考慮する。

3 敗血症のスクリーニング

感染が進展すると臓器障害や全身症状を呈する。敗血症は、「感染症に対する制御不能な宿主反応に起因した生命を脅かす臓器障害」と定義されている²⁾。

SOFAスコア (sequential organ failure assessment score) とは、敗血症における臓器障害を評価するために作られた。呼吸・循環系や中枢神経系、肝臓、腎臓および凝固系といった臓器障害を簡便に点数化し、その合計点で重症度を判定するもので、主にICUで使われる (表1)。

quick SOFAスコア (quick sequential [sepsis-related] organ failure assessment score: qSOFA) とはICU以外で敗血症をスクリーニングするために使われる新しいベッドサイド臨床スコアである (表2)。患者の①呼吸数22回/分以上、②精神状態の変化、③収縮期血圧100mmHg以下のうち、少なくとも2つの基準を満たせば、感染症の疑いがある成人患者は敗血症特有の悪い転帰を辿る可能性が高いと判断され、集約的な管理が必要となる²⁾。

表1 | SOFAスコア

項目	点数				
	0点	1点	2点	3点	4点
呼吸器 PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	≥ 400	< 400	< 300	< 200 +呼吸補助	< 100 +呼吸補助
凝固能 血小板数 (×10 ³ /μL)	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
肝機能 ビリルビン (mg/dL)	< 1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	> 12.0
循環機能 平均動脈圧 (MAP) (mmHg)	MAP ≥ 70	MAP < 70	DOA < 5 y あるいは DOB使用	DOA 5.1~15 あるいは Ad ≤ 0.1 y あるいは NOA ≤ 0.1 y	DOA > 15 y あるいは Ad > 0.1 y あるいは NOA > 0.1 y
中枢神経系 GCS	15	13~14	10~12	6~9	< 6
腎機能 クレアチニン (mg/dL)	< 1.2	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9	> 5.0
尿量 (mL/日)				< 500	< 200

DOA: ドパミン, DOB: ドブタミン, Ad: アドレナリン, NOA: ノルアドレナリン, γ = μg/kg/分
SOFAスコアのベースラインから2点以上の増加で、感染症が疑われるものは敗血症と診断される (Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al: The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315: 801-10. より筆者作成)

表2 | quick SOFAスコア

2点以上あれば敗血症を疑う (Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al: The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315: 801-10. より筆者作成)

項目	点数	
血圧	収縮期血圧 100mmHg以下	1
呼吸数	22回/分以上の頻呼吸	1
意識	意識障害 (GCSで15未満)	1

Exercise の解答は項目の最後に！

「すぐ見ちゃう」誘惑に負けない。

Exercise の解答 1 × 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 × 7 ○

1 母体編

必要なこと、コンパクトに解説

どこから読んでもOK
知識の振り返りにも便利!!

乳腺炎、乳汁分泌不全



1 新生児マススクリーニング

Exercise

Q. 正しいものには○, 誤ったものには×をつけよ。

- ① () 新生児マススクリーニングの検体は日齢1~3に提出するのが望ましい。
- ② () 副腎白質ジストロフィーは新生児マススクリーニングの対象疾患である。
- ③ () Gaucher病は新生児マススクリーニングの対象疾患である。 **共通レベル**
- ④ () マスクリーニングの対象疾患で最も頻度が高い疾患は、先天性甲状腺機能低下症である。
- ⑤ () マスクリーニングの対象疾患で2番目に頻度が高い疾患は、先天性副腎過形成症である。
- ⑥ () 先天性副腎過形成症のうちで最も頻度が高い21-水酸化酵素欠損症は常染色体潜性遺伝(劣性遺伝)する。 **共通レベル**
- ⑦ () 先天性甲状腺機能低下症の症状に便秘・巨舌などがある。
- ⑧ () 先天性甲状腺機能低下症のほぼ100%がマスクリーニングで診断される。
- ⑨ () 早産児では新生児マススクリーニングで17-OHPが偽高値を呈することがある。
- ⑩ () 出生体重が2,000g以下の児であれば、1回目の採血結果に関係なく、体重2,500g以上、生後1カ月、または退院時に2回目の採血が必要である。
- ⑪ () タンデムマス法で発見される有機酸代謝異常症のなかで最も頻度が高いのは、プロピオン酸血症である。
- ⑫ () 21-水酸化酵素欠損症の児の次子が同じく、21-水酸化酵素欠損症を発症する確率は1/2である。 **共通レベル**

専門医試験のポイント

- ① 新生児マススクリーニングの検体の採取
- ② 新生児マススクリーニングの対象疾患
- ③ 頻度の高い対象疾患の診断・症状・治療
- ④ 主な対象疾患の遺伝形式

1 新生児マススクリーニングの検体の採取 (共通レベル)

生後4~6日頃に血液を濾紙に採取し、室温で乾燥させた後、指定された検査機関に送付する。なお、採血日齢が早すぎると、出生後の甲状腺刺激ホルモン(thyroid stimulating hormone: TSH)の急激な増加

(TSHサージ)の影響でTSHが高めに出て、偽陽性の頻度が高まるため、日齢3までに採血することは推奨されない。

出生体重が2,000g以下の児であれば、1回目の採血

結果に関係なく、体重2,500g以上、生後1カ月または退院時に2回目の採血が必要である。これは、低出生体重児では、生後早期は視床下部・下垂体・甲状腺系〔hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis〕が未熟

なために、遅発性にTSHが上昇する児がいることや、17-ヒドロキシprogesteron (17-OHP)が高値となり副腎過形成症の偽陽性の頻度が高いことなどのためである。

2 新生児マススクリーニングの対象疾患

わが国における新生児マススクリーニングは1977年に始まり、1992年以降、6疾患を対象とする時期が長かった。しかし、2014年にタンデムマス法が全国的に導入され、現在では対象疾患は20疾患となっている(表1)。加えて、いくつかの地域では二次対象疾患として数疾患を対象に加えている。

タンデムマス法によって加わった疾患をすべて記憶する必要はないが、タンデムマス法で加わった疾患群

は、尿素回路異常症と有機酸代謝異常症・脂肪酸β酸化異常症であること、加えて、比較的頻度の高い「プロピオン酸血症」「VLCAD欠損症」くらいは記憶しておくのが望ましい。なお、プロピオン酸血症はマススクリーニングの対象疾患となってから診断数が一気に増えたが、治療を要さない最軽症型が多いこともわかっており、診断が必ずしも重度の代謝性アシドーシスの発症と直結するものではない。

表1 | 新生児マススクリーニング対象疾患

	対象疾患 (頻度…1/10万人のもののみ記載)
従来からの対象疾患 (6)	先天性甲状腺機能低下症 (1:3,000) 先天性副腎過形成症 (1:1.7万) ガラクトース血症 フェニルケトン尿症 (1:4.6万) メープルシロップ尿症 ホモシスチン尿症
タンデムマス法で加わった対象疾患 (14)	アミノ酸代謝異常症 ・シトルリン血症1型 ・アルギニノコハク酸尿症 有機酸代謝異常症 ・メチルマロン酸血症 ・プロピオン酸血症 (1:4.1万) ・イソ吉草酸血症 ・メチルクロトニルグリシン尿症 ・ヒドロキシメチルグルタル酸血症 ・複合カルボキシラーゼ欠損症 ・グルタル酸血症1型 脂肪酸β酸化異常症 ・CPT-1欠損症 ・CPT-2欠損症 ・MCAD欠損症 ・VLCAD欠損症 (1:9.3万) ・三頭酵素 (TFP) 欠損症
タンデムマス二次対象疾患	シトリン欠損症 (1:9.6万) βケトチオラーゼ欠損症 グルタル酸血症2型 全身性カルニチン欠乏症 CACT欠損症

CPT: carnitine palmitoyl transferase; カルニチンパルミトイルトランスフェラーゼ
MCAD: medium-chain acyl-CoA dehydrogenase; 中鎖アシルCoA脱水素酵素
VLCAD: very-long-chain acyl-CoA dehydrogenase; 極長鎖アシルCoA脱水素酵素
TFP: trifunctional protein

CACT: carnitine-acylcarnitine translocase; カルニチンアシルカルニチントランスロカーゼ



1 先天性食道閉鎖症

Exercise

Q. 正しいものには○, 誤ったものには×をつけよ。

- ① () 病型分類ではC型, A型の順に発生頻度が高い。
- ② () エックス線撮影でのcoil-up signが診断に有用である。
- ③ () A型ではエックス線撮影で胃内にガス像を認める。
- ④ () 気管食道瘻を有していない病型が多い。
- ⑤ () 合併奇形で最も多いのは心奇形である。
- ⑥ () 気管軟化症の併発がしばしばみられる。
- ⑦ () 出生後の管理では唾液の誤嚥を防ぐため頭低位をとる。
- ⑧ () C型に対する根治術は, 気管食道瘻の切離と食道の一次的吻合である。
- ⑨ () 術後合併症には, 無気肺や気管軟化症, 気管食道瘻の再開通などの呼吸器合併症と, 縫合不全や食道吻合部狭窄, 胃食道逆流症などの消化器合併症がある。

専門医試験のポイント

- ① 先天性食道閉鎖症の概念と合併奇形
- ② 先天性食道閉鎖症の病型・病態と診断
- ③ 先天性食道閉鎖症の治療と予後, 術後合併症

1 先天性食道閉鎖症の概念と合併奇形

胎生5~7週に前腸に食道気管中隔が形成されて気管と食道は分離するが, この分離不全により食道閉鎖症は生じる。本症の発生頻度は出生1,300~4,500人に1例程度で, 男女比は1.4:1とやや男児に多い¹⁾。

先天性食道閉鎖症では約90%の症例で気管食道瘻(tracheo-esophageal fistula: TEF)を伴い, 気管軟化症などの気道疾患の合併頻度も高い。

胎生5~7週は器官形成期に相当するため, 他臓器にも形態異常が発生する頻度が高いことも本症の特徴

である。間葉系組織に広く起こる多発奇形として, 椎体, 直腸肛門, 心, 腎, 尿路, 四肢の奇形は, 各部位の頭文字をとって, VA(C)TER(L)連合(vertebral, anal, cardiac, tracheo-esophageal, renal, radial limb dysplasia)と呼ばれている。心奇形の合併は約半数に, 染色体異常(18, 21, 13トリソミーなど)は約10%にみられる²⁾が, これらの併存病態は治療方針や予後に大きく影響する。

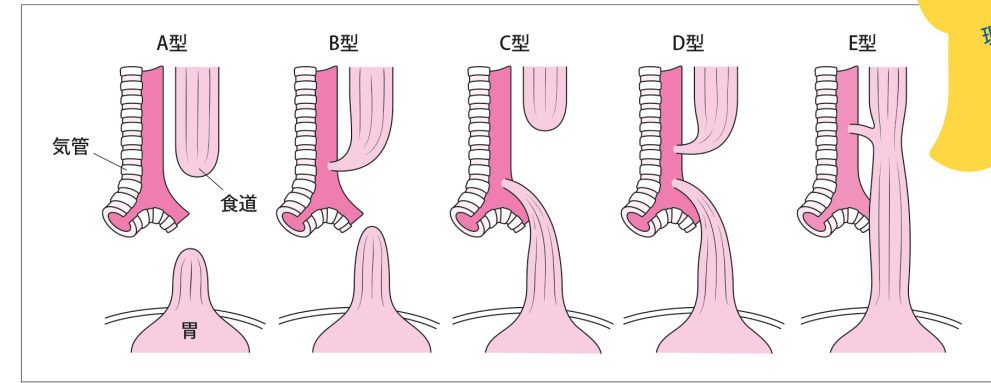
2 先天性食道閉鎖症の病型・病態と診断

TEFの有無と位置により病態が異なるため, これをもとにしたGross分類が病型分類として汎用されている(図1)。Gross C型の頻度が85~90%と最多

で, 次いでA型5~10%, E型1~4%と続き, B型, D型はまれである(表1)。

Gross A型ではTEFが存在しないため, 肺炎の合

図1 先天性食道閉鎖症の病型
頻度はC型, A型の順に高い。



Sample
紙面見本は
現在制作中のものであり,
実際の紙面とは
異なる場合がございます。

表1 先天性食道閉鎖症の頻度

報告者	症例数	A型	B型	C型	D型	E型
日本小児外科学会(2020年) ³⁾	212	8%	0%	90.1%	1.4%	0.5%
Spitz(1996年) ⁴⁾	410	6.5%	1.0%	86.1%	2.1%	4.1%

併は少なく, エックス線像では胃内にガス像を認めない。一方, 上下食道盲端間の距離は長い(long gap)ことが多い。

Gross C型ではTEFを通じ, 呼吸により送り込まれる空気が胃が拡張し, 胃内圧の上昇により胃液が気管内に逆流して, 重篤な肺炎を合併する。TEFの位置は気管分岐部直上にあることが多く, 上部食道盲端と下部食道との距離は近い。

Gross E型では食道の閉鎖がないため, 乳児期以降に繰り返す肺炎などの呼吸器症状により発見されることが多い。

出生直後より, 口腔に唾液が泡沫状に流出し, チアノーゼなどの呼吸障害が出現する。エックス線不透過性のカテーテルを鼻腔から挿入し, つかえたところからさらに数cm進めてエックス線画像を撮ると, 食道盲端でカテーテルが反転する像が描出される(coil-up sign)。さらに胃泡や消化管ガス像の有無でGross A型, C型などの病型の鑑別ができる(図2)。

図2 C型食道閉鎖症の胸腹部単純エックス線画像
coil-up signと消化管ガス像よりGross C型と診断される。



3 先天性食道閉鎖症の治療と予後, 術後合併症

診断がつけば直ちに絶飲食として輸液を開始する。口腔内の唾液を頻回に吸引し頭高位をとるにより, 誤嚥と胃液の気管内への逆流による肺合併症を予

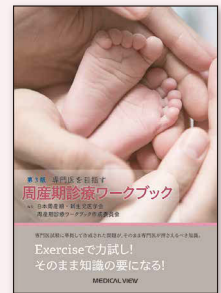
防する。出生体重, 心奇形・染色体異常・重症肺炎の有無などを参考にリスクを評価し, 治療方針を検討する。

1 母体編

- 1 妊娠初期
1 異所性妊娠 (帝王切開痕癢部妊娠を含む)
2 生殖医療と周産期
3 胎状奇胎 (奇胎合併妊娠を含む)
4 妊娠悪阻
2 妊娠中期後期
1 頸管無力症 (子宮頸管縫縮術, 無症候性頸管長短縮例の管理を含む)
2 妊娠高血圧症候群, 高血圧合併妊娠, HELLP 症候群, 急性妊娠性脂肪肝, 子癩, PRES
3 切迫早産および早産期前期破水 (CAM を含む)
4 糖代謝異常 (妊娠糖尿病, 妊娠中の明らかな糖尿病, 糖尿病合併妊娠)
5 胎児付属物の異常
3 合併症妊娠
1 婦人科疾患 (子宮筋腫, 子宮頸癌, 卵巣腫瘍)
2 呼吸器疾患 (気管支喘息, 結核)
3 循環器疾患 (心疾患)
4 内分泌代謝・リウマチ疾患 (甲状腺疾患, 膠原病, SLE, APS, RA)
5 血液疾患 (免疫性血小板減少性紫斑病 (ITP), 血小板増加症)
6 血栓性疾患 (静脈血栓塞栓症 (VTE), 肺血栓塞栓症)
7 消化器疾患 (炎症性腸疾患, 虫垂炎, イレウス, 妊娠性胆汁うっ滞症, 胆石)
8 腎泌尿器疾患 (慢性腎臓病, 腎移植後)
9 筋骨格・神経 (筋強直性ジストロフィー, 重症筋無力症)
10 脳血管疾患 (脳動脈瘤, 脳動脈奇形, もやもや病)
11 精神・神経疾患 (うつ病, 双極性障害, 不安症, 強迫症, 統合失調症, てんかんなど)
12 感染症
13 血液型不適合妊娠
4 分娩・産褥期
1 陣痛の異常 (微弱陣痛, 頻収縮) (妊娠の生理と病変, 異常分娩)
2 遅延分娩・分娩停止 (児頭骨盤不均衡, 回旋異常)
3 産科危機的出血
4 弛緩出血 (IVR を含む)
5 子宮内反
6 産道損傷
7 癒着胎盤 (母体救命のための子宮全摘含む) (常位胎盤)
8 羊水塞栓症 (心肺虚脱型, 子宮型)
9 産褥熱, 乳腺炎, 乳汁分泌不全
10 精神・神経疾患 (マタニティブルース, うつ病, 産褥精神病, ボンディング形成不全など)
11 産科麻酔と産科救急
2 胎児編
1 胎児発育不全 (FGR)
1 胎児発育不全 (FGR)
2 多胎妊娠
1 多胎妊娠 (双胎間輸血症候群を含む)
3 胎児機能不全・周産期死亡
1 胎児機能不全 (胎児心拍数モニタリング, 超音波ドプラ法による評価を含む)
2 子宮内胎児死亡
3 新生児死亡のグリーフケア
4 胎児異常 (新生児外科疾患を含む)
1 出生前遺伝学的検査
2 胎児形態異常の画像診断 (胎児超音波検査, 胎児 MRI)
3 胎児治療 (総論)
4 脳神経疾患 (脳室拡大, 脊髄髄膜瘤)
5 胸部疾患 (主として横隔膜ヘルニア, CPAM)

- 6 腹部疾患 (臍帯ヘルニア, 腹壁破裂)
7 腹部疾患 (消化管通過障害, 肝臓・胆嚢疾患, 卵巣嚢腫)
8 泌尿器疾患 (腎盂拡張, 多嚢胞性異形成腎, 後部尿道弁)
9 骨系統疾患
3 母子保健編
1 医療倫理
1 医療倫理
2 プレコンセプションケア
1 プレコンセプションケア
3 遺伝カウンセリング
1 遺伝カウンセリング
4 生殖医療
1 不妊
4 新生児編
1 新生児蘇生
1 出生直後から初期処置後の評価
2 人工呼吸, 胸骨圧迫, 薬物投与
3 呼吸の安定化, 蘇生後のケア, 低体温療法
2 呼吸
1 新生児の呼吸生理/肺サーファクタント
2 新生児の無呼吸発作
3 新生児の呼吸管理法
4 新生児の呼吸器疾患
3 循環
1 胎児新生児特有の循環生理と新生児遷延性肺高血圧症 (PPHN)
2 早産児の動脈管閉存症
3 先天性心疾患
4 不整脈
5 特殊な循環不全 (双胎間輸血症候群 (TTTS))
4 黄疸
1 早発黄疸
2 遷延性黄疸 (母乳性黄疸, 閉塞性黄疸を含む)
3 ビリルビン脳症 (核黄疸)
5 消化器・栄養
1 消化管機能の発達
2 母乳栄養と人工乳栄養
3 新生児期の栄養必要量と経静脈栄養
4 腸内細菌叢とプロバイオティクス
5 新生児期の消化器疾患
6 代謝・内分泌
1 新生児マススクリーニング
2 内分泌疾患合併症母体から出生した児の管理
3 早産児に特有な内分泌疾患
4 低血糖症
5 性分化疾患
7 感染・免疫
1 細菌感染症
2 感染管理・感染対策
3 免疫・その他
8 神経
1 胎児期から出生早期の中脳神経系に関する所見
2 脳循環調節と頭蓋内出血
3 脳室周囲白質軟化症 (PVL)
4 低酸素性虚血性脳症 (HIE) と新生児低体温療法
5 新生児発作と新生児薬物離脱症候群
9 発達・予後
1 発達評価法
2 発達に影響を与える病態
3 脳性麻痺
4 発達遅滞, 神経発達症

- 10 育児支援
1 母乳育児
2 母子保健事業と福祉
3 予防接種, 在宅および外来診療
4 母親のケア, 育児支援と虐待対応
11 染色体異常・染色体・遺伝
1 染色体異常
2 先天異常
3 先天異常診断法
4 遺伝形式・遺伝カウンセリング
12 血液・腫瘍
1 血小板減少・播種性血管内凝固
2 ビタミンK欠乏症
3 貧血・溶血・多血症
4 腫瘍
13 健常新生児
1 正期産新生児の診療
2 正期産新生児のケアと処置
14 倫理・統計
1 生命倫理にかかわる法律やガイドライン
5 小児外科・麻酔科編
1 上部消化管
1 先天性食道閉鎖症
2 肥厚性幽門狭窄症
3 消化管閉鎖・狭窄症
4 腸回転異常症
5 新生児消化管穿孔 (壊死性腸炎/特発性腸穿孔)
2 下部消化管
1 鎖肛
2 Hirschsprung病
3 外科的黄疸
4 呼吸器外科
5 腎・泌尿器の外科
6 腹壁・体表の外科
7 腫瘍
8 周産期の麻酔
6 付録
1 医療統計
1 臨床研究に役立つ医療統計の知識
2 母体・胎児 (日産婦周産期登録データベースから)
3 母子保健統計: 新生児
4 新生児外科疾患



定価 12,100円 (本体11,000円+税10%)
B5判・568頁・2色刷 (一部カラー)
イラスト63点, 写真130点
ISBN978-4-7583-2131-0



※ご注文、お問い合わせは最寄りの医書取扱店または直接弊社営業部まで。
〒162-0845 東京都新宿区区市谷本村町2番30号
TEL.03 (5228) 2050 E-mail (営業部) eigy@medicalview.co.jp
FAX.03 (5228) 2059 https://www.medicalview.co.jp



注文申込書

第3版 専門医を目指す 周産期診療ワークブック

定価 12,100円 (税込) ISBN978-4-7583-2131-0

ご希望の冊数を ご記入ください。

申込日 年 月 日

取扱店

フリガナ お名前
〒 (どちらかに○印/ ご自宅・ご勤務先)
お届け先
TEL. ()