



※先天異常で「あり」を選択した場合は下記の表から該当するものを選択する（複数選択可）。  
 複数の見に先天異常がある場合は合わせて全て選択してください。

1. 脳・神経	<input type="checkbox"/> 無脳症 <input type="checkbox"/> 脳瘤 <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> 先天性水頭症 <input type="checkbox"/> 脳梁の先天奇形 <input type="checkbox"/> 全前脳(胞)症 <input type="checkbox"/> 先天性脳嚢胞 <input type="checkbox"/> 二分脊椎 <input type="checkbox"/> アーノルド・キアリ症候群 <input type="checkbox"/> 神経系のその他の先天奇形
2. 眼、耳、顔面及び頸部	<input type="checkbox"/> 先天(性)眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 無眼球症 <input type="checkbox"/> 小眼球症 <input type="checkbox"/> 先天性白内障 <input type="checkbox"/> 先天性耳介欠損 <input type="checkbox"/> 外耳道の先天(性)欠損、閉鎖及び狭窄 <input type="checkbox"/> 副耳(介) <input type="checkbox"/> 小耳症 <input type="checkbox"/> 先天性耳瘻孔と先天性嚢胞 <input type="checkbox"/> 眼、耳、顔面及び頸部のその他の先天奇形
3. 心臓・循環器	<input type="checkbox"/> 総動脈幹症 <input type="checkbox"/> 両大血管右室起始症 <input type="checkbox"/> 完全大血管転位症 <input type="checkbox"/> 単心室症 <input type="checkbox"/> 心室中隔欠損症 <input type="checkbox"/> 心房中隔欠損症 <input type="checkbox"/> 房室中隔欠損症 <input type="checkbox"/> ファロー四徴症 <input type="checkbox"/> 肺動脈弁閉鎖症 <input type="checkbox"/> 肺動脈弁狭窄症 <input type="checkbox"/> 肺動脈弁閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> 三尖弁狭窄症 <input type="checkbox"/> エプスタイン奇形 <input type="checkbox"/> 右心低形成症候群 <input type="checkbox"/> 大動脈弁狭窄症 <input type="checkbox"/> 大動脈弁閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> 僧帽弁狭窄症 <input type="checkbox"/> 僧帽弁閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> 左心低形成症候群 <input type="checkbox"/> 右胸心 <input type="checkbox"/> 先天性心ブロック <input type="checkbox"/> 動脈管開存症 <input type="checkbox"/> 大動脈縮窄症 <input type="checkbox"/> 大動脈弁閉鎖症 <input type="checkbox"/> 肺動脈閉鎖症 <input type="checkbox"/> 肺動脈狭窄症 <input type="checkbox"/> 左上大静脈遺残 <input type="checkbox"/> 総肺静脈還流異常症 <input type="checkbox"/> 部分肺静脈還流異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管の動静脈奇形 <input type="checkbox"/> 脳実質外血管の動静脈奇形 <input type="checkbox"/> 循環器系のその他の先天奇形
4. 呼吸器	<input type="checkbox"/> 鼻の先天奇形 <input type="checkbox"/> 咽頭の先天奇形 <input type="checkbox"/> 先天性嚢胞肺 <input type="checkbox"/> 肺分画症 <input type="checkbox"/> 呼吸器系のその他の先天奇形
5. 口唇・口蓋	<input type="checkbox"/> 口蓋裂 <input type="checkbox"/> 口唇裂(一側性) <input type="checkbox"/> 口唇裂(両側性) <input type="checkbox"/> 口唇裂(正中中部) <input type="checkbox"/> 口唇口蓋裂(一側性) <input type="checkbox"/> 口唇口蓋裂(両側性) <input type="checkbox"/> 口唇口蓋裂(正中中部)
6. 消化器 (口腔、食道、胃腸、肛門、膀胱)	<input type="checkbox"/> 舌小帯短縮症 <input type="checkbox"/> 巨(大)舌症 <input type="checkbox"/> 食道閉鎖(瘻あり) <input type="checkbox"/> 食道閉鎖(瘻なし) <input type="checkbox"/> 先天性肥厚性幽門狭窄 <input type="checkbox"/> 先天性食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 十二指腸の先天欠損、閉鎖及び狭窄 <input type="checkbox"/> 小腸の先天欠損、閉鎖及び狭窄(空腸) <input type="checkbox"/> 小腸の先天欠損、閉鎖及び狭窄(回腸) <input type="checkbox"/> 肛門の先天欠損、閉鎖及び狭窄、瘻を伴うもの(瘻あり) <input type="checkbox"/> 肛門の先天欠損、閉鎖及び狭窄、瘻を伴うもの(瘻なし) <input type="checkbox"/> メッケル憩室 <input type="checkbox"/> ヒルシュスプリング病 <input type="checkbox"/> 腸回転異常及び総腸間膜症 <input type="checkbox"/> 重複腸(管) <input type="checkbox"/> 総排泄腔遺残 <input type="checkbox"/> 輪状痔 <input type="checkbox"/> 先天性膀胱嚢胞 <input type="checkbox"/> 消化器系のその他の先天奇形
7. 生殖器	<input type="checkbox"/> 先天性卵巣嚢胞 <input type="checkbox"/> 先天性直腸腔瘻 <input type="checkbox"/> 女性性器のその他の先天奇形 <input type="checkbox"/> 停留睪丸(一側性) <input type="checkbox"/> 停留睪丸(両側性) <input type="checkbox"/> 尿道下裂 <input type="checkbox"/> 男性生殖器のその他の先天奇形 <input type="checkbox"/> 腎尿路系のその他の先天奇形
8. 腎尿路	<input type="checkbox"/> 腎無発生 <input type="checkbox"/> 腎低形成 <input type="checkbox"/> ポッター症候群 <input type="checkbox"/> 先天性単一腎嚢胞 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> 腎異形成 <input type="checkbox"/> 先天性水腎症 <input type="checkbox"/> 分葉腎、融合腎及び馬蹄腎 <input type="checkbox"/> 先天性巨大尿管(症) <input type="checkbox"/> 重複尿管 <input type="checkbox"/> 暴行外反(症) <input type="checkbox"/> 尿道上裂 <input type="checkbox"/> 先天性後部尿道弁 <input type="checkbox"/> 腎尿路系のその他の先天奇形
9. 筋骨格・横隔膜・四肢	<input type="checkbox"/> 頭蓋骨(早期)癒合症 <input type="checkbox"/> 骨系統疾患、長管骨及び脊椎の成長障害を伴うもの <input type="checkbox"/> 先天性股関節脱臼 <input type="checkbox"/> 内反足 <input type="checkbox"/> 多指症 <input type="checkbox"/> 多趾症 <input type="checkbox"/> 合指(趾)症 <input type="checkbox"/> 多合指(趾)症 <input type="checkbox"/> 先天性横隔膜ヘルニア <input type="checkbox"/> 臍帯ヘルニア <input type="checkbox"/> 腹壁破裂 <input type="checkbox"/> プルンベリー症候群 <input type="checkbox"/> 筋骨格系のその他の先天奇形
10. 皮膚	<input type="checkbox"/> 結節性硬化症 <input type="checkbox"/> 神経線維腫症(非悪性) <input type="checkbox"/> 皮膚のその他の先天奇形
11. その他	<input type="checkbox"/> マルファン症候群 <input type="checkbox"/> 内臓逆位 <input type="checkbox"/> 結合双体 <input type="checkbox"/> 多系統に及ぶ先天奇形症候群 <input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 18トリソミー <input type="checkbox"/> 13トリソミー <input type="checkbox"/> ターナー症候群 <input type="checkbox"/> クラインフェルター症候群 <input type="checkbox"/> その他の染色体異常