

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦

年

月

日()

入力者

備考

A 基本項目

Table with 4 columns: 手術日, 患者姓名(カタカナ), 術式, 手術時間, 術者氏名, 助手氏名, 看護師数. Includes fields for year, month, day, name, and time.

B 術式小分類

Large table listing surgical procedures (e.g., K059, K116, K118) with checkboxes for '主たる術式' (Main procedure) and '従たる術式' (Secondary procedure). Includes sub-headers for '手術の種別' and '手術部位'.

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日 年 日 入力者 備考

B 術式小分類(続)

K134 2 椎間板摘出術(後方摘出術)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> Love法 <input type="checkbox"/> 経皮的レーザー椎間板減圧術
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 椎間板摘出術(後方摘出術) <input type="checkbox"/> ラジオ波ヘルニア熱凝縮術
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3 <input type="checkbox"/> 顕微鏡下椎間板摘出術 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)
K134 3 椎間板摘出術(側方摘出術)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K134 4 椎間板摘出術(経皮的髄核摘出術)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K134-21 内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> インシデント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> インシデントレベル <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下ヘルニア摘出術 <input type="checkbox"/> その他(胸腔鏡下手術)
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下ヘルニア摘出術 <input type="checkbox"/> その他(腹腔鏡下手術)
	<input type="checkbox"/> 後腹膜鏡下ヘルニア摘出術 <input type="checkbox"/> その他(後腹膜鏡下手術)
	<input type="checkbox"/> その他(詳細:)
K134-22 内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方摘出術)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> インシデント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> インシデントレベル <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 内視鏡下(後方正中アプローチ) <input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下(後外側アプローチ)
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3 <input type="checkbox"/> 内視鏡下(後方外側アプローチ) <input type="checkbox"/> 内視鏡下(UBE/BESS後方正中アプローチ)
	<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下(椎弓間アプローチ) <input type="checkbox"/> 内視鏡下(UBE/BESS後方外側アプローチ)
	<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下(経椎間孔アプローチ) <input type="checkbox"/> その他(詳細:)
K134-3 人工椎間板置換術(頸椎)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> OC3/C4 <input type="checkbox"/> OC4/C5 <input type="checkbox"/> OC5/C6 <input type="checkbox"/> OC6/C7
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 1椎間 →バーコードリーダーで機種を選択(1箇所)
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3 <input type="checkbox"/> 2椎間 →バーコードリーダーで機種を選択(2箇所)①近位(頭側)②遠位(尾側)としてください
※バーコード貼付欄①	
※バーコード貼付欄②	
K134-4 椎間板内酵素注入療法	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K135 脊椎腫瘍切除術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 脊椎腫瘍切除術(Open)
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下腫瘍摘出術
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)
K136 脊椎悪性腫瘍手術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K136-2 腫瘍脊椎骨全摘術 (前方手術) (後方手術)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> UIV <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> UIV <input type="checkbox"/> LIV
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 後方固定(Open)
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3 <input type="checkbox"/> 頸椎前方固定術(椎間板切除:ACDF) <input type="checkbox"/> 後方固定(Hybrid:Open+PPS)
	<input type="checkbox"/> 頸椎前方固定術(椎体全摘:ACCF) <input type="checkbox"/> 後方固定(PPS)
	<input type="checkbox"/> 経椎体(前方)椎間孔拡大術 <input type="checkbox"/> 後側方固定(Open)
	<input type="checkbox"/> LIF(経大腰筋アプローチ(XLIFの手法に準じるもの)) <input type="checkbox"/> その他(詳細:)
	<input type="checkbox"/> LIF(前大腰筋アプローチ(OLIFの手法に準じるもの))
	<input type="checkbox"/> 胸椎前方椎体間固定
	<input type="checkbox"/> 腰椎前方椎体間固定(L5/S1 [L6/S1]を除く)
	<input type="checkbox"/> L5/S1 [L6/S1]前方椎体間固定(従来手法に準じ、仰臥位で左右総腸骨動脈間から行ったもの)
	<input type="checkbox"/> L5/S1 [L6/S1]前方椎体間固定(OLIF51の手法に準じ、側臥位で左右総腸骨動脈間から行ったもの)
	<input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体再建
	<input type="checkbox"/> その他(詳細:) ※LIF:Lateral Interbody Fusion
K138 1 脊椎披裂手術(神経処置を伴うもの)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K138 2 脊椎披裂手術(その他のもの)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K139 脊椎骨切り術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> UIV <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> UIV <input type="checkbox"/> LIV
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 骨切り併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> OPSO(レベル:) <input type="checkbox"/> OVCR(レベル:)
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K141-3 脊椎制動術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦

年

月

日()

入力者

備考

B 術式小分類(続)

K142 1		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(前方椎体固定)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	UIV		LIV	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 頸椎前方固定術(椎間板切除:ACDF) <input type="checkbox"/> 頸椎前方固定術(椎体亜全摘:ACCF) <input type="checkbox"/> 経椎体(前方)椎間孔拡大術 <input type="checkbox"/> Lateral Interbody Fusion(LIF)(経大腰筋アプローチ(XLIFの手技に準じるもの)) <input type="checkbox"/> Lateral Interbody Fusion(LIF)(前大腰筋アプローチ(OLIFの手技に準じるもの)) <input type="checkbox"/> ACR(Anterior Column Realignment:XLIF・ACRの手技に準じるもの) <input type="checkbox"/> 胸椎前方椎体間固定 <input type="checkbox"/> 腰椎前方椎体間固定(L5/S1 [L6/S1]を除く) <input type="checkbox"/> L5/S1 [L6/S1]前方椎体間固定(従来手法に準じ、仰臥位で左右総腸骨動静脈間から行ったもの) <input type="checkbox"/> L5/S1 [L6/S1]前方椎体間固定(OLIF51の手技に準じ、側臥位で左右総腸骨動静脈間から行ったもの) <input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体再建 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3				
K142 2		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(後方又は後側方固定)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	UIV		LIV	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	骨切り併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> OPSO(レベル:) <input type="checkbox"/> OVCR(レベル:)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	椎体形成術併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工骨 <input type="checkbox"/> 骨セメント			
		セメント注入スクリュー併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Th1 <input type="checkbox"/> Th2 <input type="checkbox"/> Th3 <input type="checkbox"/> Th4 <input type="checkbox"/> Th5 <input type="checkbox"/> Th6 <input type="checkbox"/> Th7 <input type="checkbox"/> Th8 <input type="checkbox"/> Th9 <input type="checkbox"/> Th10 <input type="checkbox"/> Th11 <input type="checkbox"/> Th12 <input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> L6 <input type="checkbox"/> S1			
		<input type="checkbox"/> 後方固定(Open)		<input type="checkbox"/> 後側方固定(Open)	
		<input type="checkbox"/> 後方固定(Hybrid:Open+PPS)		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
		<input type="checkbox"/> 後方固定(PPS)			
K142 3		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(後方椎体固定)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	UIV		LIV	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	骨切り併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> OPSO(レベル:) <input type="checkbox"/> OVCR(レベル:)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	椎体形成術併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工骨 <input type="checkbox"/> 骨セメント			
		セメント注入スクリュー併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Th1 <input type="checkbox"/> Th2 <input type="checkbox"/> Th3 <input type="checkbox"/> Th4 <input type="checkbox"/> Th5 <input type="checkbox"/> Th6 <input type="checkbox"/> Th7 <input type="checkbox"/> Th8 <input type="checkbox"/> Th9 <input type="checkbox"/> Th10 <input type="checkbox"/> Th11 <input type="checkbox"/> Th12 <input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> L6 <input type="checkbox"/> S1			
		<input type="checkbox"/> PLIF(Open)		<input type="checkbox"/> 顕微鏡下MIS-PLIF	
		<input type="checkbox"/> TLIF(Open)		<input type="checkbox"/> 顕微鏡下MIS-TLIF	
		<input type="checkbox"/> MIS-PLIF		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
		<input type="checkbox"/> MIS-TLIF			
K142 4		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(前方後方同時固定)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	UIV		LIV	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	骨切り併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> OPSO(レベル:) <input type="checkbox"/> OVCR(レベル:)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	椎体形成術併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工骨 <input type="checkbox"/> 骨セメント			
		セメント注入スクリュー併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Th1 <input type="checkbox"/> Th2 <input type="checkbox"/> Th3 <input type="checkbox"/> Th4 <input type="checkbox"/> Th5 <input type="checkbox"/> Th6 <input type="checkbox"/> Th7 <input type="checkbox"/> Th8 <input type="checkbox"/> Th9 <input type="checkbox"/> Th10 <input type="checkbox"/> Th11 <input type="checkbox"/> Th12 <input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> L6 <input type="checkbox"/> S1			
		(前方手術)		(後方手術)	
		UIV		LIV	
		<input type="checkbox"/> 頸椎前方固定術(椎間板切除:ACDF) <input type="checkbox"/> 頸椎前方固定術(椎体亜全摘:ACCF) <input type="checkbox"/> 経椎体(前方)椎間孔拡大術 <input type="checkbox"/> LIF(経大腰筋アプローチ(XLIFの手技に準じるもの)) <input type="checkbox"/> LIF(前大腰筋アプローチ(OLIFの手技に準じるもの)) <input type="checkbox"/> ACR(Anterior Column Realignment:XLIF・ACRの手技に準じるもの)		<input type="checkbox"/> 後方固定(Open) <input type="checkbox"/> 後方固定(Hybrid:Open+PPS) <input type="checkbox"/> 後方固定(PPS) <input type="checkbox"/> 後側方固定(Open) <input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
		<input type="checkbox"/> 胸椎前方椎体間固定 <input type="checkbox"/> 腰椎前方椎体間固定(L5/S1 [L6/S1]を除く) <input type="checkbox"/> L5/S1 [L6/S1]前方椎体間固定(従来手法に準じ、仰臥位で左右総腸骨動静脈間から行ったもの) <input type="checkbox"/> L5/S1 [L6/S1]前方椎体間固定(OLIF51の手技に準じ、側臥位で左右総腸骨動静脈間から行ったもの) <input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体再建 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)		<input type="checkbox"/> 顕微鏡下椎弓切除術 <input type="checkbox"/> 選択的頸椎椎弓切除術 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
				※LIF:Lateral Interbody Fusion	
K142 5		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(椎弓切除)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	UIV		LIV	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 部分椎弓切除術 <input type="checkbox"/> 全椎弓切除術 <input type="checkbox"/> 棘突起縦割式椎弓切除術 <input type="checkbox"/> 後方椎間孔拡大術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 顕微鏡下椎弓切除術 <input type="checkbox"/> 選択的頸椎椎弓切除術 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)			
K142 6		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(椎弓形成)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	UIV		LIV	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	椎弓スペーサー・プレート使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> OHAスペーサー <input type="checkbox"/> OSuture anchor			
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> オスクリュー付きスペーサー(金属プレートを含む) <input type="checkbox"/> その他()			
		<input type="checkbox"/> 椎弓形成術(片開き) <input type="checkbox"/> 椎弓形成術(両開き) <input type="checkbox"/> 椎弓形成術(その他)		<input type="checkbox"/> 椎弓形成術(片開き)+椎間孔拡大術 <input type="checkbox"/> 椎弓形成術(両開き)+椎間孔拡大術 <input type="checkbox"/> 椎弓形成術(その他)+椎間孔拡大術	
		<input type="checkbox"/> 顕微鏡下椎弓形成術 <input type="checkbox"/> 開窓術(形成)		<input type="checkbox"/> 顕微鏡下椎弓形成術+椎間孔拡大術 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)	

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦

年

月

日()

入力者

備考

B 術式小分類(続)

K142-21 脊椎側彎症手術(固定術)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	骨切り併用	<input type="checkbox"/> なし OPSO(レベル:) OVCR(レベル:)
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	椎体形成術併用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工骨 <input type="checkbox"/> 骨セメント
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	セメント注入スクリュー併用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Th1 <input type="checkbox"/> Th2 <input type="checkbox"/> Th3 <input type="checkbox"/> Th4 <input type="checkbox"/> Th5 <input type="checkbox"/> Th6 <input type="checkbox"/> Th7 <input type="checkbox"/> Th8 <input type="checkbox"/> Th9 <input type="checkbox"/> Th10 <input type="checkbox"/> Th11 <input type="checkbox"/> Th12 <input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> L6 <input type="checkbox"/> S1
		(前方手術)	(後方手術)
		UIV	LIV
		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 前方矯正固定(Open)	<input type="checkbox"/> 後方矯正固定(Open)
		<input type="checkbox"/> LIF(経大腰筋アプローチ(XLIFの手法に準じるもの))	<input type="checkbox"/> 後方矯正固定(Hybrid:Open+PPS)
		<input type="checkbox"/> LIF(前大腰筋アプローチ(OLIFの手法に準じるもの))	<input type="checkbox"/> 後方矯正固定(PPS)
		<input type="checkbox"/> ACR(Anterior Column Realignment: XLIF・ACRの手法に準じるもの)	<input type="checkbox"/> その他(詳細:)
		<input type="checkbox"/> 胸椎前方椎体間固定	
		<input type="checkbox"/> 腰椎前方椎体間固定(L5/S1 [L6/S1]を除く)	
		<input type="checkbox"/> L5/S1 [L6/S1]前方椎体間固定(従来手法に準じ、仰臥位で左右総腸骨動脈静脈間から行ったもの)	
		<input type="checkbox"/> L5/S1 [L6/S1]前方椎体間固定(OLIF51の手法に準じ、側臥位で左右総腸骨動脈静脈間から行ったもの)	
		<input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体再建	
		<input type="checkbox"/> 胸腔鏡下矯正固定術	
		<input type="checkbox"/> 後腹膜腔鏡下椎体固定術	
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	※LIF:Lateral Interbody Fusion
K142-22 イ 脊椎側彎症手術(矯正術)(初回挿入)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K142-22 ロ 脊椎側彎症手術(矯正術)(交換術)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K142-22 ハ 脊椎側彎症手術(矯正術)(交換術)(胸郭変形矯正用材料を用いた場合)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K142-22 ニ 脊椎側彎症手術(矯正術)(伸展術)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K142-3 内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	インシデント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	インシデントレベル <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 胸腔鏡下椎体固定術(VATS)	<input type="checkbox"/> MEDシステム使用椎体固定術
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 腹腔鏡下椎体固定術	<input type="checkbox"/> FESSシステム使用椎体固定術
		<input type="checkbox"/> 後腹膜鏡下椎体固定術	<input type="checkbox"/> UBE/BESSシステム使用椎体固定術
		<input type="checkbox"/> 内視鏡併用MIS-TLIF	<input type="checkbox"/> その他(詳細:)
K142-4 経皮的椎体形成術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	使用充填マテリアル	<input type="checkbox"/> 骨セメント <input type="checkbox"/> Calcium Phosphate Cement(CPC)
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2		<input type="checkbox"/> Hydroxyapatite Block(HA) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> Balloon Kyphoplasty(BKP)	<input type="checkbox"/> その他の椎体形成術()
		<input type="checkbox"/> Vertebral Body Stenting(VBS)	
		<input type="checkbox"/> 経皮的椎体形成術(Percutaneous Vertebroplasty, PVP)	
K142-5 内視鏡下椎弓形成術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	インシデント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	インシデントレベル <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 内視鏡下頸椎椎弓形成術	<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下頸椎椎弓形成術
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 内視鏡下頸胸椎椎弓形成術	<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下頸胸椎椎弓形成術
		<input type="checkbox"/> 内視鏡下胸椎椎弓形成術	<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下胸椎椎弓形成術
		<input type="checkbox"/> 内視鏡下胸腰椎椎弓形成術	<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下胸腰椎椎弓形成術
		<input type="checkbox"/> 内視鏡下腰椎椎弓形成術	<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下腰椎椎弓形成術
		<input type="checkbox"/> 内視鏡下腰椎椎弓形成術(UBE/BESS)	<input type="checkbox"/> その他(詳細:)
K142-6 歯突起骨折骨接合術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K142-7 腰椎分離部修復術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K143 仙腸関節固定術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K144 体外式脊椎固定術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K149-2 後頭蓋窩減圧術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K179 髄液漏閉鎖術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K183 脊髄硬膜切開術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K183-2 空洞・くも膜下腔シャント術(脊髄空洞症に対するもの)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K184 減圧脊髄切開術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K185 脊髄切截術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦

年

月

日()

入力者

備考

B 術式小分類(続)

K186	脊髓硬膜内神経切断術										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3
K188 1	神経剥離術(鏡視下によるもの)										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3
K188 2	神経剥離術(その他のもの)										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3
K188-2	硬膜外腔癒着剥離術										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3
K189	脊髓ドレナージ術										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3
K190	脊髓刺激装置植込術(脊髓刺激電極を留置した場合)										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3
K190	脊髓刺激装置植込術(ジェネレーターを留置した場合)										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3
K190-2	脊髓刺激装置交換術										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3
K191 1	脊髓腫瘍摘出術(髄外のもの)										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	脊髓腫瘍摘出術(硬膜内髄外)
<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	脊髓腫瘍摘出術(硬膜外)+固定併用	<input type="checkbox"/>	脊髓腫瘍摘出術(硬膜内髄外)+固定併用
<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式3	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)
K191 2	脊髓腫瘍摘出術(髄内のもの)										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	脊髓腫瘍摘出術(髄内のもの)
<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)
<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式3	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)	<input type="checkbox"/>	その他(詳細:)
K192	脊髓血管腫摘出術										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3
K643	後腹膜悪性腫瘍手術										
<input type="checkbox"/>	主たる術式1	<input type="checkbox"/>	主たる術式2	<input type="checkbox"/>	主たる術式3	<input type="checkbox"/>	従たる術式1	<input type="checkbox"/>	従たる術式2	<input type="checkbox"/>	従たる術式3

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦

年

月

日()

入力者

備考

C 病名

大項目	中項目	小項目	
○ 変性疾患・ヘルニア	頸椎	○ 頸椎症性脊髄症	○ 後弯なし
		○ 頸椎椎間板ヘルニア	○ 後弯あり (C2/7≧10度の後弯)
		○ 頸椎症性神経根症(椎間板ヘルニアを除く)	
		○ 頸椎症性筋萎縮症	
		○ 頸椎椎間板症	
		○ その他の頸髄症	○ Klippel-feil症候群
	腰椎	○ DISHに伴う嚙下障害	○ アテトーゼ型CP
		○ 腰部脊柱管狭窄症	○ 環椎(C1)低形成
		○ 腰椎椎間板ヘルニア	○ 軸椎歯突起後方偽腫瘍
		○ 腰椎椎間関節のう腫	
		○ 腰椎椎間板症	○ 中心性狭窄・外側陥凹狭窄
		○ 腰椎変性すべり症	○ 椎間孔狭窄
		○ 腰椎分離すべり症	○ 脊柱管内ヘルニア
		○ 腰椎分離症(すべりのない、若年者)	○ 外側ヘルニア(椎間孔内・外)
		○ 形成不全性すべり症(先天性)	
胸椎	○ Far-out syndrome		
	○ 胸椎椎間板ヘルニア		
	○ 胸椎症性脊髄症	○ すべり	
	○ 胸椎椎間板症	○ ヘルニア	
○ RA・透析・骨粗鬆症	○ その他の胸髄症	○ 脊椎症	
	○ 脊髄ヘルニア		
	○ RA脊椎	○ 環軸椎前方亜脱臼	
	○ 強直性脊椎炎(骨折なし)	○ 環軸椎垂直亜脱臼(頭蓋内陥入含む)	
	○ 透析性脊椎症	○ 軸椎下亜脱臼	
		○ RA胸椎・腰椎病変	
	○ 骨粗鬆症性脊椎骨折	○ 急性期(受傷~4週)麻痺なし	
		○ 急性期(受傷~4週)麻痺あり	
		○ 亜急性期(4週~3か月)麻痺なし	
		○ 亜急性期(4週~3か月)麻痺あり	
○ 腫瘍	○ 脊髄腫瘍	○ 遅延治癒(3~6か月)麻痺なし	
	○ 脊椎腫瘍	○ 遅延治癒(3~6か月)麻痺あり	
		○ 癒合不全(6か月~1年)麻痺なし	
○ 脊椎外傷		○ 癒合不全(6か月~1年)麻痺あり	
	○ 頸椎脱臼骨折・破裂骨折(歯突起骨折含む)	○ 偽関節(1年以上)麻痺なし	
	○ 胸腰椎脱臼骨折・破裂骨折	○ 偽関節(1年以上)麻痺あり	
	○ 脱臼のない脊椎骨折(Chance骨折含む)		
	○ AS/DISHに合併した椎体骨折		
	○ 非骨傷性脊髄損傷		
○ 脊椎感染症	○ 骨盤骨折		
	○ 感染性脊椎炎	○ 化膿性	
	○ 硬膜外膿瘍のみ	○ 結核性	
		○ 真菌性	
		○ 非定型抗酸菌	

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦

年

月

日()

入力者

備考

C 病名(続)

大項目	中項目	小項目	小小項目
○ 脊柱変形・奇形	○ 側弯症	○ 変性側弯症	○ 上位胸椎 ○ 主胸椎 ○ 胸腰椎/腰椎 ○ 上位胸椎+主胸椎の二重側弯 ○ 主胸椎+胸腰椎の二重側弯 ○ 三重側弯
		○ 特発性側弯症 ○ 先天性側弯症 ○ 神経・筋原性側弯症(上位下位ニューロン障害・筋ジストロフィーなど) ○ その他の症候性側弯(NF-1, Marfan症候群, 胸郭性側弯, 骨形成不全症など)	
	○ 後弯症	○ 変性後弯症 ○ 椎体骨折後後弯症 ○ 医原性後弯症 ○ 先天性後弯症 ○ ショイエルマン病 ○ 首下がり症候群 ○ 強直性脊椎炎/DISH ○ その他症候性後弯症(NF-1, 結核後変形, Larsen症候群など)	
		○ 変性後側弯症 ○ 椎体骨折後後側弯症 ○ 医原性後側弯症 ○ 先天性後側弯症 ○ 神経・筋原性後側弯症 ○ その他の症候群性後側弯症	小小項目 ○ 上位胸椎 ○ 主胸椎 ○ 胸腰椎/腰椎 ○ 上位胸椎+主胸椎の二重側弯 ○ 主胸椎+胸腰椎の二重側弯 ○ 三重側弯
	○ 環軸椎回旋位固定 ○ 環軸椎不安定症 (RA脊椎を除く) ○ 歯突起骨 ○ アーノルドキアリ奇形 ○ 脊髄稽留症候群 ○ 脊髄・硬膜血管病変(動静脈奇形・動静脈含む) ○ シャルコー脊椎 ○ 脊椎披裂		
○ 靭帯骨化症関連	○ 頸椎黄色靭帯石灰化症 ○ 頸椎黄色靭帯骨化症 ○ 頸椎後縦靭帯骨化症 ○ 胸椎黄色靭帯石灰化症 ○ 胸椎黄色靭帯骨化症 ○ 胸椎後縦靭帯骨化症 ○ 腰椎黄色靭帯石灰化症 ○ 腰椎黄色靭帯骨化症 ○ 腰椎後縦靭帯骨化症	○ 占拠率<50% ○ 占拠率≧50%	
○ その他	○ Flexion Myelopathy ○ 硬膜外血腫 ○ 脊髄くも膜嚢腫・硬膜嚢腫・硬膜外くも膜嚢腫 ○ 脊髄空洞症		
○ 再手術・追加手術に至った病名(理由)	○ 予定された手術 ○ 骨癒合不全・偽関節 ○ 不安定性 ○ 治療的に到達しない場合 ○ 神経症状の残存や悪化 ○ 手術部位感染(表層) ○ 手術部位感染(深部、臓器/体腔) ○ インプラントの誤設置 ○ インプラント不具合 ○ 脊柱オフバランス ○ 固定隣接椎間障害 ○ 血腫 ○ 髄液漏(硬膜損傷) ○ インプラントの抜去 ○ その他()		
○ 上記分類以外	○ その他(テキスト入力)		

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦

年

月

日()

入力者

備考

D 合併症

■術中合併症

合併症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 硬膜損傷 <input type="checkbox"/> 大量出血(2000ml 以上) <input type="checkbox"/> 神経損傷(脊髄) <input type="checkbox"/> 神経損傷(馬尾) <input type="checkbox"/> 神経損傷(神経根) <input type="checkbox"/> セメント漏出(椎体形成に伴うもの(脊柱管内)) <input type="checkbox"/> セメント漏出(椎体形成に伴うもの(血管内)) <input type="checkbox"/> セメント漏出(セメント注入スクリュー関連(脊柱管内)) <input type="checkbox"/> セメント漏出(セメント注入スクリュー関連(血管内)) <input type="checkbox"/> 大血管損傷 <input type="checkbox"/> 椎骨動脈損傷 <input type="checkbox"/> その他の血管損傷 <input type="checkbox"/> 前縦靱帯損傷 <input type="checkbox"/> 椎体損傷 <input type="checkbox"/> 関節突起骨折 <input type="checkbox"/> Implant 関連 <input type="checkbox"/> 高位・左右誤認 <input type="checkbox"/> 従来法(open) に変更 <input type="checkbox"/> 主要臓器関連 <input type="checkbox"/> その他()
	硬膜損傷	合併症への対応 <input type="checkbox"/> 一次修復 <input type="checkbox"/> フィブリン糊 <input type="checkbox"/> 人工硬膜 <input type="checkbox"/> 脂肪移植 <input type="checkbox"/> スパイナルドレナージ <input type="checkbox"/> その他()
大量出血(2000ml 以上)	出血量	<input type="radio"/> 2000~3000ml <input type="radio"/> 3000ml 以上
	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 同種血輸血 <input type="checkbox"/> 自己血輸血 <input type="checkbox"/> 術中回収血 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他()
神経損傷(脊髄)	合併症への対応	<input type="radio"/> ステロイド投与 <input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 椎弓切除等 <input type="radio"/> その他()
神経損傷(馬尾)	合併症への対応	<input type="radio"/> ステロイド投与 <input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 椎弓切除等 <input type="radio"/> その他()
神経損傷(神経根)	合併症への対応	<input type="radio"/> ステロイド投与 <input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 椎弓切除等 <input type="radio"/> その他()
セメント漏出(椎体形成に伴うもの(脊柱管内))	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> 除圧 <input type="checkbox"/> その他()
セメント漏出(椎体形成に伴うもの(血管内))	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> その他()
セメント漏出(セメント注入スクリュー関連(脊柱管内))	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> 除圧 <input type="checkbox"/> その他()
セメント漏出(セメント注入スクリュー関連(血管内))	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> その他()
大血管損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 圧迫止血のみ <input type="checkbox"/> 当該科による縫合 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
椎骨動脈損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 圧迫止血のみ <input type="checkbox"/> 当該科による縫合 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
その他の血管損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 圧迫止血のみ <input type="checkbox"/> 当該科による縫合 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
前縦靱帯損傷	合併症への対応	インプラントの追加・入れ替え <input type="radio"/> その他()
椎体損傷	合併症への対応	インプラントの追加・入れ替え <input type="radio"/> その他()
関節突起骨折	合併症への対応	インプラントの追加 <input type="radio"/> その他()
Implant 関連	合併症への対応	<input type="checkbox"/> インプラントの入れ替え <input type="checkbox"/> インプラントの摘出 <input type="checkbox"/> 固定の追加 <input type="checkbox"/> その他()
高位・左右誤認	誤認の詳細	<input type="radio"/> 上位椎(間)への誤認手術 <input type="radio"/> 下位椎(間)への誤認手術 <input type="radio"/> 左右の誤認手術 <input type="radio"/> その他()
主要臓器関連	合併症	<input type="checkbox"/> 上腸管膜動脈症候群 <input type="checkbox"/> 腹腔動脈圧迫症候群 <input type="checkbox"/> 尿管損傷 <input type="checkbox"/> 腎損傷 <input type="checkbox"/> 肺損傷 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 血胸 <input type="checkbox"/> 腸管損傷 <input type="checkbox"/> 肝損傷 <input type="checkbox"/> 乳び胸(胸腔) <input type="checkbox"/> 食道損傷 <input type="checkbox"/> 反回神経麻痺
└ 上腸管膜動脈症候群	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
└ 腹腔動脈圧迫症候群	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
└ 尿管損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(泌尿器科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
└ 腎損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(泌尿器科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
└ 肺損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(呼吸器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
└ 気胸	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 胸腔ドレーン挿入 <input type="radio"/> その他()
└ 血胸	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 胸腔ドレーン挿入 <input type="radio"/> その他()
└ 腸管損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(消化器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
└ 肝損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(消化器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
└ 乳び胸(胸腔)	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(呼吸器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
└ 食道損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(消化器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
└ 反回神経麻痺	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(耳鼻科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
その他	合併症名	
	合併症への対応	

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦

年

月

日

()

入力者

備考

■術後合併症(術後 30 日以内に発生した合併症) 再手術無 再手術有

合併症(大分類)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 血管損傷 <input type="checkbox"/> 硬膜外血腫 <input type="checkbox"/> 神経症状・筋力関連 <input type="checkbox"/> セメント漏出 <input type="checkbox"/> 主要臓器関連 <input type="checkbox"/> 脊柱支持組織損傷 <input type="checkbox"/> 硬膜損傷・髄液漏
		<input type="checkbox"/> 固定金属関連・骨移植関連 <input type="checkbox"/> 人工頸椎椎間板関連 <input type="checkbox"/> Surgical Site Infection その他()
血管損傷	合併症	<input type="checkbox"/> 大血管損傷 <input type="checkbox"/> 椎骨動脈損傷 <input type="checkbox"/> その他の血管損傷
↳ 大血管損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
↳ 椎骨動脈損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
↳ その他の血管損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
硬膜外血腫	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 椎弓切除 <input type="checkbox"/> 血腫除去
神経症状・筋力関連	合併症	<input type="checkbox"/> 術後上肢麻痺 <input type="checkbox"/> 術後下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 術後感覚神経麻痺 <input type="checkbox"/> 大腰筋筋力低下(側方進入アプローチに伴うもの) <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 <input type="checkbox"/> 上記以外の神経合併症
↳ 術後上肢麻痺	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 再手術 <input type="radio"/> ステロイド投与 <input type="radio"/> その他薬物治療 <input type="radio"/> その他()
↳ 術後下肢麻痺	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 再手術 <input type="radio"/> ステロイド投与 <input type="radio"/> その他薬物治療 <input type="radio"/> その他()
↳ 術後感覚神経麻痺	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 再手術 <input type="radio"/> ステロイド投与 <input type="radio"/> その他薬物治療 <input type="radio"/> その他()
↳ 大腰筋筋力低下(側方進入アプローチに伴うもの)	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 再手術 <input type="radio"/> ステロイド投与 <input type="radio"/> その他薬物治療 <input type="radio"/> その他()
↳ 膀胱直腸障害	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(泌尿器科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 上記以外の神経合併症	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 再手術 <input type="radio"/> ステロイド投与 <input type="radio"/> その他薬物治療 <input type="radio"/> その他()
セメント漏出	合併症	<input type="checkbox"/> セメント漏出(椎体形成に伴うもの(脊柱管内)) <input type="checkbox"/> セメント漏出(椎体形成に伴うもの(血管内)) <input type="checkbox"/> セメント漏出(セメント注入スクリュー関連(脊柱管内)) <input type="checkbox"/> セメント漏出(セメント注入スクリュー関連(血管内))
↳ セメント漏出(椎体形成に伴うもの(脊柱管内))	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> 除圧 <input type="checkbox"/> その他()
↳ セメント漏出(椎体形成に伴うもの(血管内))	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> その他()
↳ セメント漏出(セメント注入スクリュー関連(脊柱管内))	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> 除圧 <input type="checkbox"/> その他()
↳ セメント漏出(セメント注入スクリュー関連(血管内))	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> その他()
主要臓器関連	合併症	<input type="checkbox"/> 上腸間膜動脈症候群 <input type="checkbox"/> 腹腔動脈圧迫症候群 <input type="checkbox"/> 尿管損傷 <input type="checkbox"/> 腎損傷 <input type="checkbox"/> 肺損傷 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 血胸 <input type="checkbox"/> 腸管損傷 <input type="checkbox"/> 肝損傷 <input type="checkbox"/> 乳び胸(胸腔) <input type="checkbox"/> 乳び漏(後腹膜腔) <input type="checkbox"/> 食道損傷 <input type="checkbox"/> 反回神経麻痺 <input type="checkbox"/> 気道閉塞 <input type="checkbox"/> 咽後膿瘍 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 腹壁ヘルニア <input type="checkbox"/> 腹壁麻痺
↳ 上腸間膜動脈症候群	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
↳ 腹腔動脈圧迫症候群	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
↳ 尿管損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(泌尿器科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 腎損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(泌尿器科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 肺損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(呼吸器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 気胸	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 胸腔ドレーン挿入 <input type="radio"/> その他()
↳ 血胸	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 胸腔ドレーン挿入 <input type="radio"/> その他()
↳ 腸管損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(消化器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 肝損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(消化器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 乳び胸(胸腔)	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(呼吸器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 乳び漏(後腹膜腔)	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(消化器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 食道損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(消化器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 反回神経麻痺	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(耳鼻科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 気道閉塞	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 再挿管 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 再手術
↳ 咽後膿瘍	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 洗浄ドレーナージ <input type="radio"/> その他()
↳ 嚥下障害	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 再手術 <input type="radio"/> その他()
↳ 腹壁ヘルニア	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(消化器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
↳ 腹壁麻痺	合併症への対応	<input type="radio"/> 経過観察 <input type="radio"/> 専門科(消化器外科等)による処置 <input type="radio"/> その他()
脊柱支持組織損傷	合併症	<input type="checkbox"/> 前縦靭帯損傷 <input type="checkbox"/> 椎体損傷
↳ 前縦靭帯損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> インプラントの追加・入れ替え <input type="radio"/> その他()
↳ 椎体損傷	合併症への対応	<input type="radio"/> インプラントの追加・入れ替え <input type="radio"/> その他()

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦 年 月 日 ()

入力者

備考

■術後合併症(術後 30 日以内に発生した合併症)(続)

硬膜損傷・髄液漏	合併症	<input type="checkbox"/> 髄液漏 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 頭蓋内病変(硬膜下血腫等)
└ 髄液漏	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> スパイナルドレナージ
		<input type="checkbox"/> 再手術 <input type="checkbox"/> 追加処置 <input type="checkbox"/> 硬膜縫合 <input type="checkbox"/> フィブリン糊 <input type="checkbox"/> 人工硬膜 <input type="checkbox"/> 脂肪移植 <input type="checkbox"/> スパイナルドレナージ
└ 髄膜炎	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 抗生剤投与 <input type="checkbox"/> 追加処置
└ 頭蓋内病変(硬膜下血腫等)	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 追加処置
固定金属関連・骨移植関連	合併症	<input type="checkbox"/> Implant の破損 <input type="checkbox"/> Implant の脱転 <input type="checkbox"/> スクリューの位置不良 <input type="checkbox"/> 移植骨脱転
└ Implant の破損	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> インプラント入れ替え <input type="checkbox"/> インプラント抜去 <input type="checkbox"/> インプラント追加 <input type="checkbox"/> その他()
└ Implant の脱転	合併症への対応	<input type="checkbox"/> インプラント入れ替え <input type="checkbox"/> インプラント抜去 <input type="checkbox"/> インプラント追加 <input type="checkbox"/> その他()
└ スクリューの位置不良	合併症への対応	<input type="checkbox"/> スクリュー入れ替え <input type="checkbox"/> スクリュー抜去 <input type="checkbox"/> 他のインプラントに変更 <input type="checkbox"/> その他()
└ 移植骨脱転	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 移植骨入れ直し <input type="checkbox"/> 摘出 <input type="checkbox"/> インプラント追加 <input type="checkbox"/> その他()
人工頸椎椎間板関連	合併症	<input type="checkbox"/> インプラントの脱転 <input type="checkbox"/> インプラントの移動 <input type="checkbox"/> インプラントの沈み込み <input type="checkbox"/> 局所後弯 <input type="checkbox"/> その他
└ インプラントの脱転	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 保存
		<input type="checkbox"/> 再手術 <input type="checkbox"/> インプラントの入れ替え <input type="checkbox"/> インプラントの抜去 <input type="checkbox"/> インプラントの追加 <input type="checkbox"/> その他()
└ インプラントの移動	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 保存
		<input type="checkbox"/> 再手術 <input type="checkbox"/> インプラントの入れ替え <input type="checkbox"/> インプラントの抜去 <input type="checkbox"/> インプラントの追加 <input type="checkbox"/> その他()
└ インプラントの沈み込み	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 保存
		<input type="checkbox"/> 再手術 <input type="checkbox"/> インプラントの入れ替え <input type="checkbox"/> インプラントの抜去 <input type="checkbox"/> インプラントの追加 <input type="checkbox"/> その他()
└ 局所後弯	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 保存
		<input type="checkbox"/> 再手術 <input type="checkbox"/> インプラントの入れ替え <input type="checkbox"/> インプラントの抜去 <input type="checkbox"/> インプラントの追加 <input type="checkbox"/> その他()
└ その他	合併症への対応	
Surgical Site Infection	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 洗浄 <input type="checkbox"/> かん流 <input type="checkbox"/> インプラント抜去 <input type="checkbox"/> その他()
その他	合併症	<input type="checkbox"/> 体位による術後障害 <input type="checkbox"/> 眼障害(角膜損傷等) <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 高位・左右誤認 <input type="checkbox"/> 採骨部骨折 <input type="checkbox"/> その他
└ 体位による術後障害	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 追加手術
└ 眼障害(角膜損傷等)	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 追加手術
└ 失明	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 追加手術
└ 高位・左右誤認	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 上位椎(間)への誤認手術 <input type="checkbox"/> 下位椎(間)への誤認手術 <input type="checkbox"/> 左右の誤認手術 <input type="checkbox"/> その他()
└ 採骨部骨折	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 追加手術
└ その他		

■全身合併症(術中・術後 30 日以内に発生した合併症) 再手術無 再手術有

合併症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 急性心不全 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 肺梗塞 <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 末梢静脈血栓症(症候性) <input type="checkbox"/> 重症呼吸不全 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 無気肺 <input type="checkbox"/> 肺水腫 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 術後譫妄 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 偽膜性腸炎 <input type="checkbox"/> 消化管潰瘍・胃穿孔 <input type="checkbox"/> 重症肺炎 <input type="checkbox"/> 重症肝炎 <input type="checkbox"/> 重症胆嚢炎 <input type="checkbox"/> 急性腎不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> 敗血症 <input type="checkbox"/> 入院中の転倒・転落による骨折 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()
	合併症名	
()	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡治療・IVR 等 <input type="checkbox"/> 手術治療 <input type="checkbox"/> その他()
	合併症の転帰(術後30日時点)	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 本合併症で死亡
()	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡治療・IVR 等 <input type="checkbox"/> 手術治療 <input type="checkbox"/> その他()
	合併症の転帰(術後30日時点)	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 本合併症で死亡
その他	その他の合併症名	
	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡治療・IVR 等 <input type="checkbox"/> 手術治療 <input type="checkbox"/> その他()
	合併症の転帰(術後30日時点)	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 本合併症で死亡