

#2 JOANR 入力用フォーム

関節鏡視下手術（股関節）

JOANR 調査票

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

手術日	年 月 日	加工 ID	
患者姓名 (カタカナ)	姓名 []	患者生年月日	年 月 日
患者生まれた場所 (都道府県名)		患者性別	男性 / 女性
術式		病名	
手術時間	[] 時間 [] 分	麻酔時間	[] 時間 [] 分
術者氏名	姓名 []	助手氏名	姓名 []
看護師数	[] 人	技師数	[] 人

B 手術のプロファイル

術中のトラブルや問題の発生について	なし / あり
-------------------	---------

C 手術内容

実施した鏡視下手術 実施した鏡視下手術にチェックを入れ、 該当項目に○をつけてください	☐ 股関節インピンジメント (FAI)	cam のみ / Pincer のみ / 混合型 / 処置せず Left in situ
	☐ 股関節唇処置	
	股関節唇処置の詳細	部分切除 / 蒸散 / アンカー縫合 / 移植腱を用いた再建 ()
	☐ 臼蓋縁領域の MAHORN 分類	
	Grade	1a i / 1a ii / 1b i / 1b ii / 2 i / 2 ii / 3 / 4 / 5
	臼蓋縁領域のMAHORN分類	蒸散 / マイクロフラクチャー / アンカー縫合
	☐ 大腿骨頭靱帯	
	大腿骨頭靱帯の詳細	デブリードメント / 蒸散 / 移植腱を用いた再建 ()
	☐ 遊離体	
	遊離体の詳細	摘出術 [] 個 / 滑膜性骨軟骨腫症
	☐ 臼蓋形成不全の処置	
	臼蓋形成不全の処置	関節鏡手術のみ / 骨きりと併用 / 臼蓋形成術と併用 / その他 ()
☐ その他 ()		

D 灌流液

使用した灌流液 ○をつけ、使用量を記載してください	☐ アルスロマチック関節用灌流液	使用量 [] L
	☐ 生理食塩液	使用量 [] L
	☐ その他 ()	使用量 [] L
灌流液の灌流方法	ポンプ / 自然落下 / 加圧パック / その他 ()	

E その他特記事項

特記事項	
------	--