

#2 JOANR 入力用フォーム 頸椎 OPLL

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 ※1	[] 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 術前、手術 - 退院時

■ 患者基本データ

身長	cm	体重	kg
初診日	年 月 日		
喫煙歴有無	なし / あり		
	喫煙歴	本数	年数
抗凝固・抗血小板薬の使用	なし / あり		
	抗凝固・抗血小板薬	薬剤名	
併存症有無	なし / あり		
	併存症	併存症名	<input type="checkbox"/> DM (NDDM) <input type="checkbox"/> DM (IDDM) <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 膠原病 () <input type="checkbox"/> 整形外科的疾患 () <input type="checkbox"/> その他 ()
職業	無職 / 軽作業 (坐位メイン) / 軽作業 (立位メイン) / 重労働 / 主婦 (主夫)		

■ 症状・病歴

発症日	年 月 頃		
手術時症状	<input type="checkbox"/> 上肢しびれ (痛) <input type="checkbox"/> 上肢巧緻運動障害 <input type="checkbox"/> 下肢しびれ (痛) <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 上肢脱力 <input type="checkbox"/> 下肢脱力 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 <input type="checkbox"/> 体幹のしびれ・締めつけ感 <input type="checkbox"/> 頸部痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()		
神経障害	<input type="checkbox"/> 脊髄症 <input type="checkbox"/> 神経根症 <input type="checkbox"/> 筋萎縮症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()		
術前姿勢による 症状変化の有無	なし / あり / 不明		
	術前姿勢による症状変化	内容	
術前 JOA スコア	運動機能	上肢 (手指)	
		上肢 (肩・肘機能)	
		下肢	
	知覚機能	上肢	
体幹			
下肢			
膀胱機能	膀胱機能		
胸腰椎手術歴の有無	なし / あり		
	胸腰椎手術歴 1	手術日	年 月
		病名	
		術式	
胸腰椎手術歴 2	手術日	年 月	
	病名		
	術式		
手術歴備考			

#2 JOANR 入力用フォーム 頸椎 OPLL

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
-----	----	---	---	-------	-----	----

■ 画像

Xp	骨化タイプ	連続型 / 分節型 / 混合型 / 限局型					
	K-line	(+) / (-)					
	最大骨化占拠部	骨化厚み				mm	
		占拠率				%	
		椎体 (間) レベル					
	C2-7 角	中間位				°	
		伸展位				°	
		屈曲位				°	
	Alignment	C2-7 SVA				mm	
		C7-SVA				mm / 計測不可能	
		PI				° / 計測不可能	
		PT				° / 計測不可能	
		LL				° / 計測不可能	
	CT	骨化範囲	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> O/C1 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C1/2 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C2/3 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C3/4 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C4/5 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> C5/6 <input type="checkbox"/> C6 <input type="checkbox"/> C6/7 <input type="checkbox"/> C7 <input type="checkbox"/> C7/T1				
		胸腰椎 OPLL	<input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 不明				
MRI	最大狭窄部	椎体 (間) レベル					
	髄内信号変化	髄内信号変化	(+) / (-)				
		椎体 (間) レベル					

■ 手術

手術法	手術法名	<input type="checkbox"/> 椎弓切除術	除圧範囲	頭側端		尾側端		
		<input type="checkbox"/> 椎弓形成術 (片開き式)	除圧範囲	頭側端		尾側端		
		<input type="checkbox"/> 椎弓形成術 (両開き式)	除圧範囲	頭側端		尾側端		
		<input type="checkbox"/> 後方除圧固定術	除圧範囲	頭側端		尾側端		
			固定範囲	頭側端		尾側端		
		<input type="checkbox"/> 前方除圧固定術	骨化	浮上 / 摘出 / 未処置				
			除圧範囲	頭側端		尾側端		
			固定範囲	頭側端		尾側端		
		<input type="checkbox"/> 前後合併除圧固定術	骨化	浮上 / 摘出 / 未処置				
			前方	除圧範囲	頭側端		尾側端	
				固定範囲	頭側端		尾側端	
			後方	除圧範囲	頭側端		尾側端	
		固定範囲		頭側端		尾側端		
		<input type="checkbox"/> その他 ()						
		使用インプラント	<input type="checkbox"/> 前方	使用インプラント名 (前方)				
<input type="checkbox"/> 後方	使用インプラント名 (後方)							

#2 JOANR 入力用フォーム 頸椎 OPLL

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
-----	----	---	---	-------	-----	----

合併症	<input type="checkbox"/> (術後) 髄液漏		
	合併症対応処置		
	転帰		転帰 (その他)
	<input type="checkbox"/> 硬膜外血腫		
	合併症対応処置		
	転帰		転帰 (その他)
	<input type="checkbox"/> スクリュー逸脱		
	合併症対応処置		
	転帰		転帰 (その他)
	<input type="checkbox"/> 創離解		
	合併症対応処置		
	転帰		転帰 (その他)
	<input type="checkbox"/> 感染		
	表層深層	<input type="checkbox"/> 表層 <input type="checkbox"/> 深層	合併症対応処置
	転帰		転帰 (その他)
	<input type="checkbox"/> instrument		
	ゆるみ脱転	<input type="checkbox"/> ゆるみ <input type="checkbox"/> 脱転	合併症対応処置
	転帰		転帰 (その他)
	<input type="checkbox"/> 移植骨		
	沈み脱転	<input type="checkbox"/> 沈み <input type="checkbox"/> 脱転	合併症対応処置
	転帰		転帰 (その他)
	<input type="checkbox"/> 上気道障害		
	合併症対応処置		
	転帰		転帰 (その他)
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害		
合併症対応処置			
転帰		転帰 (その他)	
<input type="checkbox"/> その他			
その他 1	合併症名		合併症対応処置
	転帰		転帰 (その他)
その他 2	合併症名		合併症対応処置
	転帰		転帰 (その他)
入院中の脊椎追加手術の有無	なし / あり		
内容			

■ 退院日

退院日	年 月 日
-----	-------

■ フリーコメント

フリーコメント	
---------	--

#2 JOANR 入力用フォーム 頸椎 OPLL

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
-----	----	---	---	------	-----	----

C 術前、手術 - 退院時 (CMEQ・SPDQ)

■ CMEQ (術前)

問 1	1. 座位で天井を見る	できない / 無理すればできる / 不自由なくできる
	2. コップの水の一気飲み	できない / 無理すればできる / 不自由なくできる
	3. 座位で後ろの席の人の顔を見ながら会話	できない / 無理すればできる / 不自由なくできる
	4. 階段降りるときに足下を見る	できない / 無理すればできる / 不自由なくできる
問 2	1. シャツの前ボタンかけ	できない / 無理すればできる / 不自由なくできる
	2. きき手のスプーンやフォークでの食事	できない / 無理すればできる / 不自由なくできる
	3. 片手挙上 (悪い方)	不可 / 肩の高さまで / 少し手が曲がるが可 / まっすぐ可
問 3	1. 平地歩行	不可 / 支持でもゆっくり / 支持あれば可 / ゆっくり / 不自由なし
	2. 片足立ち (支持無し)	両側不可 / 片側は 10 秒未満 / 両側 10 秒以上
	3. 階段で 1 階上へ	とても困難 / 少し困難 / 簡単
	4. 前屈・ひざまずく・かがむ (どれか一つでも悪いもの)	とても困難 / 少し困難 / 簡単
	5. 15 分歩行	とても困難 / 少し困難 / 簡単
問 4	1. 尿失禁	いつも / しばしば / 2 時間以上排尿しないと漏れる / くしゃみや気張り時に / なし
	2. 就寝時排尿	3 回 / 晩以上 / 1-2 回 / 晩 / ほとんどなし
	3. 残尿感	たいていあり / しばしばあり / ほとんどなし
	4. 排尿開始遅延	たいてい遅延 / 無理すればできる / 不自由なくできる
問 5	1. 現在の健康状態	よくない / あまりよくない / よい / とてもよい / 最高
	2. 体調による仕事や普段の活動への制限	いつもできない / ほとんどできない / ときどきできない / ほとんどできる / いつもできる
	3. 痛みによる仕事への妨げ	非常に / かなり / 少し / あまりなし / まったくなし
	4. 落ち込み・ゆううつな気分	いつも / ほとんどいつも / ときどき / ほとんどなし / まったくなし
	5. 疲れ果てた感じ	いつも / ほとんどいつも / ときどき / ほとんどなし / まったくなし
	6. 楽しい気分	いつも / ほとんどいつも / ときどき / ほとんどなし / まったくなし
	7. 自分は今並みに健康と思うか	まったく思わない / あまり思わない / かるうじて思う / ほぼ思う / 思う
	8. 健康が悪くなるような気がするか	大いにする / 少しする / するときもしないときもある / あまりしない / まったくしない

■ pain DETECT (術前)

1. 痛みは他の部位にも広がりますか？	いいえ / はい
2. 痛みがある部位では、焼けるような痛み (例：ヒリヒリするような痛み) がありますか？	一度もない / ほとんどない / 少しある / ある程度ある / 激しい / 非常に激しい
3. ピリピリしたり、チクチク刺したりするような感じ (蟻が歩いているような、電気が流れているような感じ) がありますか？	一度もない / ほとんどない / 少しある / ある程度ある / 激しい / 非常に激しい
4. 痛みがある部位を軽く触られる (衣服や毛布が触れる) だけでも痛いですか？	一度もない / ほとんどない / 少しある / ある程度ある / 激しい / 非常に激しい
5. 電気ショックのような急激な痛みの発作が起きることがありますか？	一度もない / ほとんどない / 少しある / ある程度ある / 激しい / 非常に激しい
6. 冷たいものや熱いもの (お風呂のお湯など) によって痛みが起きますか？	一度もない / ほとんどない / 少しある / ある程度ある / 激しい / 非常に激しい
7. 痛みのある場所に、しびれを感じますか？	一度もない / ほとんどない / 少しある / ある程度ある / 激しい / 非常に激しい
8. 痛みがある部位を、少しの力 (指で押し程度) で押しても痛みが起きますか？	一度もない / ほとんどない / 少しある / ある程度ある / 激しい / 非常に激しい
9. いま現在のあなたの痛みは 10 点満点でどの程度ですか？	0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10
10. 過去 4 週間で最も激しい痛みはどの程度でしたか？	0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10
11. 過去 4 週間の痛みの平均レベルはどの程度ですか？	0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10
12. あなたの痛みの経過を表す図として、どれが最もあてはまりますか？	持続的な痛みで、痛みの程度に若干の変動がある / 持続的な痛みで、時々痛みの発作がある / 痛みが時々発作的に強まり、それ以外の時は痛みがない / 痛みが時々発作的に強まり、それ以外の時も痛みがある / 痛みがなく該当なし

#2 JOANR 入力用フォーム 頸椎 OPLL

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

■VAS (術前) ※100点満点で記入ください

VAS	頸部痛	
	胸部締めつけ感	
	上肢しびれ	
	下肢しびれ	