

#2 JOANR 入力用フォーム 胸椎 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	BEAK type / Flat type					
	最大骨化占拠部	骨化厚み					mm
		椎体 (間) レベル					
	Alignment	TK					° / 計測不可能
		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	頸椎 OPLL	(+) / (-)					
	骨化範囲						
	黄色靭帯骨化範囲						
	黄色靭帯骨化症	(+) / (-)					
	骨化範囲						
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"/> 頸椎同時手術					
		椎弓切除術	除圧範囲	頭側端		尾側端	
			固定範囲	頭側端		尾側端	
		椎弓形成術	除圧範囲	頭側端		尾側端	
			固定範囲	頭側端		尾側端	
		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	
		後方進入前方除圧固定術	除圧範囲	頭側端		尾側端	
			固定範囲	頭側端		尾側端	
		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	
		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	前方	使用インプラント名 (前方)					
	後方	使用インプラント名 (後方)					
術中出血量						g	
手術備考							

#2 JOANR 入力用フォーム 胸椎 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

■ その他の周術期合併症

合併症有無	なし / あり				
合併症	<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)		
合併症	<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"/> 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 胸椎 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 (SPDQ)

■ 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. ビリビリしたり、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 点満点でのどの程度ですか？	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

■ VAS (術前) ※100 点満点で記入ください

VAS	背部痛	
	胸部締めつけ感	
	下肢しびれ	