

#2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視下手術（肘関節）

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 症例のプロファイル

身長	cm	体重	kg
スポーツ関連の疾患・治療であるか	いいえ / はい	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	<input type="checkbox"/> 関節鏡下関節鼠摘出術				
	場所	前方(鉤状突起窩) / 後方(肘頭窩) / 腕頭関節後方 / その他()			
	個数	[]			
	<input type="checkbox"/> 関節鏡下滑膜切除術				
	<input type="checkbox"/> 関節鏡下関節内骨折観血の手術				
	場所	橈骨 / 鉤状突起 / 肘頭 / 上腕骨外顆 / 上腕骨内顆 / 上腕骨滑車 その他()			
	固定方法	スクリュー / ヘッドレススクリュー / プレート / k-wire / アンカー 吸収ピン / その他()			
	<input type="checkbox"/> 関節鏡下関節授動術				
<input type="checkbox"/> 関節鏡下骨棘切除術					
場所	鉤状突起 / 鉤状突起窩 / 肘頭 / 肘頭窩 / 橈骨頸部 / 腕尺関節 その他()				
<input type="checkbox"/> その他()					
上腕骨小頭離断性骨軟骨炎に 対する手術 上腕骨小頭離断性骨軟骨炎に 対する手術にチェックを入れ、 該当項目に○をつけてください	場所	外側 / 中央 / 滑車			
	<input type="checkbox"/> 遊離体・分離部除去				
	骨髄刺激の有無	なし / あり			
	<input type="checkbox"/> 骨軟骨片固定術				
	固定方法	骨釘 / 吸収ピン / その他()			
	<input type="checkbox"/> 自家骨軟骨柱移植術				
	採骨部	大腿骨 / 肋骨 / その他()			
	骨軟骨柱のサイズ	[] mm	骨軟骨柱の個数	[] 個	
追加処置の有無	なし / あり				
<input type="checkbox"/> その他の方法	遊離体除去と骨軟骨片固定術の併用 / 再生医療など				
実施した直視下手術 実施した直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	<input type="checkbox"/> 靭帯断裂形成手術(主に外傷)				
	内側	有無	なし / あり	材料	自家腱 / 人工靭帯
		固定方法	アンカー / tenodesis screw / ボタン / その他()		
	外側	有無	なし / あり	材料	自家腱 / 人工靭帯
		固定方法	アンカー / tenodesis screw / ボタン / その他()		
<input type="checkbox"/> 靭帯断裂修復術					
修復部位	内側 / 外側 / 両側				

#2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視下手術（肘関節）

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

実施した直視下手術 実施した直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	<input type="checkbox"/> 神経剥離術（肘部管症候群）				
	<input type="checkbox"/> 肘不安定性制動術				
	内側	有無	なし / あり	材料	自家腱 / 人工靭帯
		固定方法	アンカー / tenodesis screw / ボタン / その他 ()		
	外側	有無	なし / あり	材料	自家腱 / 人工靭帯
		固定方法	アンカー / tenodesis screw / ボタン / その他 ()		
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> アルスロマチック関節用灌流液	使用量 [] L
	<input type="checkbox"/> 生理食塩液	使用量 [] L
	<input type="checkbox"/> その他 ()	使用量 [] L

E その他特記事項

特記事項	
------	--