

## #2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視下手術（足関節）

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"/> 足関節前方インピンジメント症候群に対する鏡視下手術	骨性 / 軟部組織性
	<input type="checkbox"/> 足関節後方インピンジメント症候群に対する鏡視下手術	
	<input type="checkbox"/> 骨軟骨損傷に対する鏡視下手術または検査	
	部位	距骨滑車外側 / 距骨滑車内側 / その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 鏡視下関節固定術	
	部位	足関節 / その他 ( )
	<input type="checkbox"/> デブリドメントまたは滑膜切除術	
	<input type="checkbox"/> 新鮮または陳旧性靭帯損傷に対する鏡視下手術または検査	
部位	足関節外側靭帯 / 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 スポーツ活動レベル

スポーツ活動レベル	0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10
-----------	--

### F その他特記事項

特記事項	
------	--