

#2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視下手術 その他の部位

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

手術日	肘関節 / 手関節 / その他()
手術内容	

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	
------	--