

#1 新規症例登録

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

* のあるものは必須項目です

データ提供レジストリー* ※ 該当の提供レジストリーいずれかにチェックを入れ、該当項目をご記入下さい。		
<input type="checkbox"/> 一般整形外科手術		
<input type="checkbox"/> 人工関節手術	手術部位/種別	※該当項目に○をつけて下さい。 THA / TKA/UKA/PFA / 解剖学的 TSA/リパース型 TSA
	患者生まれた場所	都道府県 [] <input type="checkbox"/> 国外 <input type="checkbox"/> 患者の都合により回答不能 ※「患者生まれた場所」は人工関節手術レジストリーでのみ必要とされる項目です。
<input type="checkbox"/> 関節鏡視下手術	手術部位/種別	※該当項目に○をつけて下さい。 膝関節 / 肩関節 / 足関節 / 股関節 / その他の部位

患者姓名 (カタカナ)*	姓 [] 名 []	患者性別*	男性 / 女性
患者生年月日*	西暦 [] 年 [] 月 [] 日		
加工 ID*	[]	※カルテ番号をそのまま入力することは絶対におやめ下さい。	

入院手術/外来手術*	入院手術 / 外来手術
------------	-------------

術式*	※「主たる術式」「従たる術式」いずれかに○をつけて下さい。		病名*
① []	主たる術式 / 従たる術式	× [] か所	
② []	主たる術式 / 従たる術式	× [] か所	
③ []	主たる術式 / 従たる術式	× [] か所	
④ []	主たる術式 / 従たる術式	× [] か所	
⑤ []	主たる術式 / 従たる術式	× [] か所	
手術時間*	[] 時間 [] 分	麻酔時間*	[] 時間 [] 分
術者*	姓名 []	経験年数 []	
助手 1	姓名 []	経験年数 []	<input type="checkbox"/> 指導的助手
助手 2	姓名 []	経験年数 []	
助手 3 人目以降	※助手が 3 人以降いる場合「姓名」を上記と同じくご記入ください。		
看護師数*	[] 人	器械出し看護師 1 名と外回り看護師 1 名で行われる手術は「看護師数 2 名」として下さい。 時間が長い場合などで、途中交代した場合でも交代要員を入れた延べ数 4 名とは記載しないで下さい。	
技師数*	[] 人	時間が長い場合などで、途中交代した場合でも 交代要員を入れた延べ数は記載しないで下さい。	

続いて、該当のレジストリー別調査票もご記入ください。▶