

#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

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 ※1	[] 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 術前、手術 - 退院時

■ 患者基本データ

身長	cm	体重	kg
初診日	年 月 日		
喫煙歴有無	なし / あり		
	喫煙歴	本数	年数
抗凝固・抗血小板薬の使用	なし / あり		
	抗凝固・抗血小板薬	薬剤名	
併存症有無	なし / あり		
	併存症	併存症名	<input type="checkbox"/> DM (NDDM) <input type="checkbox"/> DM (IDDM) <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 膠原病 () <input type="checkbox"/> 整形外科的疾患 () <input type="checkbox"/> その他 ()
職業	無職 / 軽作業 (坐位メイン) / 軽作業 (立位メイン) / 重労働 / 主婦 (主夫)		

■ 症状・病歴

発症日	年 月 頃		
手術時症状	<input type="checkbox"/> 上肢しびれ (痛) <input type="checkbox"/> 上肢巧緻運動障害 <input type="checkbox"/> 下肢しびれ (痛) <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 上肢脱力 <input type="checkbox"/> 下肢脱力 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 <input type="checkbox"/> 体幹のしびれ・締めつけ感 <input type="checkbox"/> 頸部痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()		
神経障害	<input type="checkbox"/> 脊髄症 <input type="checkbox"/> 神経根症 <input type="checkbox"/> 筋萎縮症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()		
術前姿勢による 症状変化の有無	なし / あり / 不明		
	術前姿勢による症状変化	内容	
術前 JOA スコア	運動機能	下肢	
	知覚機能	体幹	
		下肢	
膀胱機能	膀胱機能		
頸椎手術歴の有無	なし / あり		
	頸椎手術歴 1	手術日	年 月
		病名	
		術式	
	頸椎手術歴 2	手術日	年 月
病名			
術式			
胸腰椎手術歴の有無	なし / あり		
	胸腰椎手術歴 1	手術日	年 月
		病名	
		術式	
	胸腰椎手術歴 2	手術日	年 月
病名			
術式			
手術歴備考			

#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
-----	----	---	---	-------	-----	----

■ 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

■モニタリング、神経症状増悪

術中脊髄モニタリング	なし / あり		
	種類	<input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> MEP () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	なし / あり		
	電位振幅の変化	なし / あり	
	変化時の術中操作		
術後（直後・早期） 早期神経症状悪化有	なし / あり		
	発生時期	術直後 / 術後 術後発生時の経過日数 日目	
	麻痺発症側	片側性 / 両側性	
	部位	<input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> BBD	
	麻痺の症候	脊髄性 / 神経根性 / 不明	
術後（直後・早期） 早期神経症状悪化有	主に低下した筋の MMT	筋 MMT 術前 MMT 悪化時	
	悪化の原因因子	<input type="checkbox"/> 術中操作 <input type="checkbox"/> アライメント変化 <input type="checkbox"/> 術後血腫 <input type="checkbox"/> 術後髄液漏 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	神経症状の自然回復有無	なし / あり 回復を認めた時期 日目（術後）	
	悪化への対応策有無	なし / あり	
		悪化への対応策	方法 施行日 年 月 日 改善の有無
			なし / あり 改善 50%未満 / 50%以上 / 完全回復

■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"/> 全身合併症	
	名称	合併症対応処置
	転帰	転帰（その他）
	<input type="checkbox"/> 術中硬膜損傷	
	合併症対応処置	
	転帰	転帰（その他）
	<input type="checkbox"/> （術後）髄液漏	
	合併症対応処置	
	転帰	転帰（その他）
	<input type="checkbox"/> 硬膜外血腫	
	合併症対応処置	
	転帰	転帰（その他）
	<input type="checkbox"/> スクリュー逸脱	
	合併症対応処置	
	転帰	転帰（その他）

#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	