

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

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・性別	年 月 日 ・ 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 術式小分類

手術の種別	<input type="checkbox"/> 初回手術 <input type="checkbox"/> 予定二期手術 <input type="checkbox"/> 再手術/追加手術→()回目 注) 初回手術後1回目の手術を「1回目」とする		
術式加算・追加	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 術中術後自己血回収術 <input type="checkbox"/> その他(詳細:) <input type="checkbox"/> 脊髄誘発電位測定加算 <input type="checkbox"/> true positive <input type="checkbox"/> true negative <input type="checkbox"/> false positive <input type="checkbox"/> false negative <input type="checkbox"/> 画像等手術支援加算 <input type="checkbox"/> ナビゲーション <input type="checkbox"/> ロボット <input type="checkbox"/> 実物大臓器立体モデル <input type="checkbox"/> 患者適合性手術支援ガイド		
K059 1	骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家骨移植)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K059 2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)(同種骨移植)(生体)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K059 3 イ	骨移植術(軟骨移植術を含む。)(同種骨移植)(非生体)(特殊なもの)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K059 3 □	骨移植術(軟骨移植術を含む。)(同種骨移植)(非生体)(その他の場合)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K059 3 イ	骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施)(特殊なもの)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K059 3 □	骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施)(その他の場合)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K059 4	骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家培養軟骨移植術)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K116	脊椎骨搔把術		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K116	骨盤骨搔把術		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K118	脊椎、骨盤脱臼観血的手術		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K119	仙腸関節脱臼観血的手術		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K128	脊椎内異物(挿入物)除去術		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K128	骨盤内異物(挿入物)除去術		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K131-2	内視鏡下椎弓切除術		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 内視鏡下頸椎椎弓切除術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 内視鏡下後方椎間孔拡大術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 内視鏡下腰椎椎弓切除術	
		<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下頸椎椎弓切除術	
		<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下腰椎椎弓切除術	
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
K133	黄色靭帯骨化症手術		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K133-2	後縦靭帯骨化症手術(前方侵入によるもの)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症手術(前方進入Open)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 胸腔鏡下OPLL摘出術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 後腹膜腔鏡下OPLL摘出術	
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
K134 1	椎間板摘出術(前方摘出術)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

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

B 術式小分類(続)

K134 2 椎間板摘出術(後方摘出術)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> Love法	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 椎間板摘出術(後方摘出術)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 顕微鏡下椎間板摘出術	
		<input type="checkbox"/> 経皮的レーザー椎間板減圧術	
		<input type="checkbox"/> ラジオ波ヘルニア熱凝縮術	
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
K134 3 椎間板摘出術(側方摘出術)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K134 4 椎間板摘出術(経皮的髄核摘出術)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K134-21 内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 内視鏡下(外側アプローチ)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 後腹膜腔鏡下ヘルニア摘出術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
K134-22 内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方摘出術)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 内視鏡下(後方正中アプローチ)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下(椎弓間アプローチ)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下(経椎間孔アプローチ)	
		<input type="checkbox"/> 経皮内視鏡下(後外側アプローチ)	
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
K134-3 人工椎間板置換術(頸椎)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K134-4 椎間板内酵素注入療法			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K135 脊椎腫瘍切除術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 脊椎腫瘍切除術(Open)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 胸腔鏡下腫瘍摘出術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	
K136 脊椎悪性腫瘍手術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K136-2 腫瘍脊椎骨全摘術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K138 1 脊椎披裂手術(神経処置を伴うもの)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K138 2 脊椎披裂手術(その他のもの)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K139 脊椎骨切り術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K141-3 脊椎制動術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1
			<input type="checkbox"/> 従たる術式2
			<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K142 1 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(前方椎体固定)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	UIV	LIV
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> ACDF	<input type="checkbox"/> DLIF
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> ACCF	<input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体間固定(LIF以外)
		<input type="checkbox"/> 経椎体(前方)椎間孔拡大術	<input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体再建
		<input type="checkbox"/> XLIF	<input type="checkbox"/> その他(詳細:)
		<input type="checkbox"/> OLIF	
K142 2 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(後方又は後側方固定)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	UIV	LIV
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	骨切り併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> PSO(レベル:)	<input type="checkbox"/> VCR(レベル:)
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	椎体形成術併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工骨 <input type="checkbox"/> 骨セメント	
		<input type="checkbox"/> 後方固定(Open)	<input type="checkbox"/> 後側方固定(Open)
		<input type="checkbox"/> 後方固定(Hybrid:Open+PPS)	<input type="checkbox"/> その他(詳細:)
		<input type="checkbox"/> 後方固定(PPS)	
K142 3 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(後方椎体固定)			
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	UIV	LIV
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	骨切り併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> PSO(レベル:)	<input type="checkbox"/> VCR(レベル:)
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	椎体形成術併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工骨 <input type="checkbox"/> 骨セメント	
		<input type="checkbox"/> PLIF(Open)	<input type="checkbox"/> 顕微鏡下MIS-PLIF
		<input type="checkbox"/> TLIF(Open)	<input type="checkbox"/> 顕微鏡下MIS-TLIF
		<input type="checkbox"/> MIS-PLIF	<input type="checkbox"/> 内視鏡下MIS-PLIF
		<input type="checkbox"/> MIS-TLIF	<input type="checkbox"/> 内視鏡下MIS-TLIF
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)	

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

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

B 術式小分類(続)

K142 4		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(前方後方同時固定)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	骨切り併用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> PSO(レベル:)	<input type="checkbox"/> VCR(レベル:)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	椎体形成術併用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 人工骨	<input type="checkbox"/> 骨セメント		
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	(前方手術)		(後方手術)			
		UIV	LIV	UIV	LIV		
		<input type="checkbox"/> ACDF		<input type="checkbox"/> 後方固定(Open)			
		<input type="checkbox"/> ACCF		<input type="checkbox"/> 後方固定(Hybrid:Open+PPS)			
		<input type="checkbox"/> 経椎体(前方)椎間孔拡大術		<input type="checkbox"/> 後方固定(PPS)			
		<input type="checkbox"/> XLIF		<input type="checkbox"/> 後側方固定(Open)			
		<input type="checkbox"/> OLIF		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)			
		<input type="checkbox"/> DLIF					
		<input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体間固定(LIF以外)					
		<input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体再建					
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)					
K142 5		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(椎弓切除)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 部分椎弓切除術		<input type="checkbox"/> 顕微鏡下椎弓切除術			
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 全椎弓切除術		<input type="checkbox"/> 選択的頸椎椎弓切除			
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 棘突起縦割式椎弓切除術		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)			
		<input type="checkbox"/> 後方椎間孔拡大術					
K142 6		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(椎弓形成)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 椎弓形成術(片開き)	椎弓スペーサー・	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> HAスペーサー	<input type="checkbox"/> 金属プレート	
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 椎弓形成術(両開き)	プレート使用				
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 開窓術(形成)		<input type="checkbox"/> 顕微鏡下椎弓形成術			
		<input type="checkbox"/> 椎弓形成術(その他)		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)			
K142-21		脊椎側彎症手術(固定術)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	骨切り併用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> PSO(レベル:)	<input type="checkbox"/> VCR(レベル:)		
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	椎体形成術併用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 人工骨	<input type="checkbox"/> 骨セメント		
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	(前方手術)		(後方手術)			
		UIV	LIV	UIV	LIV		
		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし			
		<input type="checkbox"/> 前方矯正固定(Open)		<input type="checkbox"/> 後方矯正固定(Open)			
		<input type="checkbox"/> XLIF		<input type="checkbox"/> 後方矯正固定(Hybrid:Open+PPS)			
		<input type="checkbox"/> OLIF		<input type="checkbox"/> 後方矯正固定(PPS)			
		<input type="checkbox"/> DLIF		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)			
		<input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体間固定(LIF以外)					
		<input type="checkbox"/> 胸腰椎椎体再建					
		<input type="checkbox"/> 胸腔鏡下矯正固定術					
		<input type="checkbox"/> 後腹腔腔鏡下椎体固定術					
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)					
K142-22 イ		脊椎側彎症手術(矯正術)(初回挿入)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式3		
K142-22 ロ		脊椎側彎症手術(矯正術)(交換術)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式3		
K142-22 ハ		脊椎側彎症手術(矯正術)(交換術)(胸郭変形矯正用材料を用いた場合)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式3		
K142-22 ニ		脊椎側彎症手術(矯正術)(伸展術)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式3		
K142-3		内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 胸腔鏡下椎体固定術					
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 腹腔鏡下椎体固定術					
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 後腹腔腔鏡下椎体固定術					
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)					
K142-4		経皮的椎体形成術					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> BKP(Balloon Kyphoplasty)					
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 椎体増幅形成術Vessel-Plasty					
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3	<input type="checkbox"/> 経皮的椎体形成術					
		<input type="checkbox"/> その他(詳細:)					
K142-5		内視鏡下椎弓形成術					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式3		
K142-6		歯突起骨折骨接合術					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式3		
K142-7		腰椎分離部修復術					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式3		
K143		仙腸関節固定術					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式3		
K144		体外式脊椎固定術					
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式3		

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

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

B 術式小分類(続)

K188 1 神経剥離術(鏡視下によるもの)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K188 2 神経剥離術(その他のもの)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K191 1 脊髄腫瘍摘出術(髄外のもの)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍摘出術(硬膜外)
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍摘出術(硬膜外)+固定併用
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3 <input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍摘出術(硬膜内髄外)
	<input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍摘出術(硬膜内髄外)+固定併用
	<input type="checkbox"/> その他(詳細:)
K191 2 脊髄腫瘍摘出術(髄内のもの)	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍摘出術(髄内のもの)
<input type="checkbox"/> 主たる術式2	<input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍的手術(髄内のもの)+固定併用
<input type="checkbox"/> 主たる術式3	<input type="checkbox"/> 従たる術式3
K192 脊髄血管腫摘出術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3
K643 後腹膜悪性腫瘍手術	
<input type="checkbox"/> 主たる術式1	<input type="checkbox"/> 主たる術式2 <input type="checkbox"/> 主たる術式3 <input type="checkbox"/> 従たる術式1 <input type="checkbox"/> 従たる術式2 <input type="checkbox"/> 従たる術式3

C 病名

大項目	中項目	小項目
<input type="checkbox"/> 変性疾患・ヘルニア	頸椎	<input type="checkbox"/> 頸椎症性脊髄症
		<input type="checkbox"/> 頸椎椎間板ヘルニア
		<input type="checkbox"/> 頸椎症性神経根症(椎間板ヘルニアを除く)
		<input type="checkbox"/> 頸椎症性筋萎縮症
		<input type="checkbox"/> その他の頸髄症
		<input type="checkbox"/> DISHに伴う嚥下障害
	腰椎	<input type="checkbox"/> 腰部脊柱管狭窄症
		<input type="checkbox"/> 腰椎椎間板ヘルニア
		<input type="checkbox"/> 腰椎変性すべり症
		<input type="checkbox"/> 腰椎分離すべり症
		<input type="checkbox"/> 腰椎分離症(すべりのない、若年者)
		<input type="checkbox"/> 形成不全性すべり症(先天性)
		<input type="checkbox"/> Far-out syndrome
	胸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎椎間板ヘルニア
		<input type="checkbox"/> 胸椎症性脊髄症
		<input type="checkbox"/> その他の胸髄症
		<input type="checkbox"/> 脊髄ヘルニア
	<input type="checkbox"/> RA・透析・骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> RA脊椎
<input type="checkbox"/> 強直性脊椎炎(骨折なし)		
<input type="checkbox"/> 透析性脊椎症		
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症性脊椎骨折		
<input type="checkbox"/> 腫瘍	<input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍	
	<input type="checkbox"/> 脊椎腫瘍	
<input type="checkbox"/> 脊椎外傷	<input type="checkbox"/> 頸椎脱臼骨折・破裂骨折(歯突起骨折含む)	
	<input type="checkbox"/> 胸腰椎脱臼骨折・破裂骨折	
	<input type="checkbox"/> 脱臼のない脊椎骨折(Chance骨折含む)	
	<input type="checkbox"/> AS/DISHに合併した椎体骨折	
	<input type="checkbox"/> 非骨傷性脊髄損傷	
	<input type="checkbox"/> 骨盤骨折	

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

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 病名(続き)

大項目	中項目	小項目
<input type="checkbox"/> 脊椎感染症	<input type="checkbox"/> 感染性脊椎炎	<input type="checkbox"/> 化膿性 <input type="checkbox"/> 結核性 <input type="checkbox"/> 真菌性 <input type="checkbox"/> 非定型抗酸菌
	<input type="checkbox"/> 硬膜外膿瘍のみ	
<input type="checkbox"/> 脊柱変形・奇形	<input type="checkbox"/> 側弯症	<input type="checkbox"/> 変性側弯症 <input type="checkbox"/> 特発性側弯症 <input type="checkbox"/> 先天性側弯症 <input type="checkbox"/> 神経・筋原性側弯症(上位下位ニューロン障害・筋ジストロフィーなど) <input type="checkbox"/> その他の症候性側弯(NF-1、Marfan症候群、胸郭性側弯、骨形成不全症など)
	<input type="checkbox"/> 後弯症	<input type="checkbox"/> 変性後弯症 <input type="checkbox"/> 椎体骨折後後弯症 <input type="checkbox"/> 医原性後弯症 <input type="checkbox"/> 先天性後弯症 <input type="checkbox"/> ショイエルマン病 <input type="checkbox"/> 首下がり症候群 <input type="checkbox"/> 強直性脊椎炎/DISH <input type="checkbox"/> その他症候性後弯症(NF-1, 結核後変形, Larsen症候群など)
	<input type="checkbox"/> 後側弯症	<input type="checkbox"/> 変性後側弯症 <input type="checkbox"/> 椎体骨折後後側弯症 <input type="checkbox"/> 医原性後側弯症 <input type="checkbox"/> 先天性後側弯症 <input type="checkbox"/> 神経・筋原性後側弯症 <input type="checkbox"/> その他の症候群性後側弯症
	<input type="checkbox"/> 環軸椎回旋位固定 <input type="checkbox"/> 環軸椎不安定症 (RA脊椎を除く) <input type="checkbox"/> 歯突起骨 <input type="checkbox"/> アーノルドキアリ奇形 <input type="checkbox"/> 脊髄稽留症候群 <input type="checkbox"/> 脊髄・硬膜血管病変(動静脈奇形・動静脈含む) <input type="checkbox"/> シャルコー脊椎 <input type="checkbox"/> 脊椎披裂	
<input type="checkbox"/> 靭帯骨化症関連	<input type="checkbox"/> 頸椎黄色靭帯石灰化症	<input type="checkbox"/> 占拠率<50% <input type="checkbox"/> 占拠率≥50%
	<input type="checkbox"/> 頸椎後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 胸椎黄色靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 胸椎後縦靭帯骨化症	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> Flexion Myelopathy <input type="checkbox"/> 硬膜外血腫 <input type="checkbox"/> 脊髄くも膜嚢腫・硬膜嚢腫・硬膜外くも膜嚢腫 <input type="checkbox"/> 脊髄空洞症	
	<input type="checkbox"/> 再手術・追加手術に至った病名(理由)	<input type="checkbox"/> 予定された手術 <input type="checkbox"/> 骨癒合不全・偽関節 <input type="checkbox"/> 不安定性 <input type="checkbox"/> 治療目的に到達しない場合 <input type="checkbox"/> 神経症状の残存や悪化 <input type="checkbox"/> 手術部位感染(表層) <input type="checkbox"/> 手術部位感染(深部、臓器/体腔) <input type="checkbox"/> インプラントの誤設置 <input type="checkbox"/> インプラント不具合 <input type="checkbox"/> 脊柱オフバランス <input type="checkbox"/> 固定隣接椎間障害 <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> 髄液漏(硬膜損傷) <input type="checkbox"/> インプラントの抜去
<input type="checkbox"/> 上記分類以外	<input type="checkbox"/> その他(テキスト入力)	

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

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

D 合併症

■術中合併症

合併症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 硬膜損傷 <input type="checkbox"/> 大量出血(2000ml 以上) <input type="checkbox"/> 神経損傷(脊髄) <input type="checkbox"/> 神経損傷(馬尾) <input type="checkbox"/> 神経損傷(神経根) <input type="checkbox"/> セメント漏出(脊柱管内) <input type="checkbox"/> セメント漏出(血管内) <input type="checkbox"/> 大血管損傷 <input type="checkbox"/> 椎骨動脈損傷 <input type="checkbox"/> その他の血管損傷 <input type="checkbox"/> 前縦靱帯損傷 <input type="checkbox"/> 椎体損傷 <input type="checkbox"/> 関節突起骨折 <input type="checkbox"/> Implant 関連 <input type="checkbox"/> 高位・左右誤認 <input type="checkbox"/> 従来法(open)に変更 <input type="checkbox"/> 主要臓器関連 <input type="checkbox"/> その他()
硬膜損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 一次修復 <input type="checkbox"/> フィブリン糊 <input type="checkbox"/> 人工硬膜 <input type="checkbox"/> 脂肪移植 <input type="checkbox"/> スパイナルドレナージ <input type="checkbox"/> その他()
大量出血(2000ml 以上)	出血量	2000~3000ml / 3000ml 以上
	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 同種血輸血 <input type="checkbox"/> 自己血輸血 <input type="checkbox"/> 術中回収血 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他()
神経損傷(脊髄)	合併症への対応	ステロイド投与 / 経過観察 / 椎弓切除等 / その他()
神経損傷(馬尾)	合併症への対応	ステロイド投与 / 経過観察 / 椎弓切除等 / その他()
神経損傷(神経根)	合併症への対応	ステロイド投与 / 経過観察 / 椎弓切除等 / その他()
セメント漏出(脊柱管内)	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> 除圧 <input type="checkbox"/> その他()
セメント漏出(血管内)	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> その他()
大血管損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 圧迫止血のみ <input type="checkbox"/> 当該科による縫合 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
椎骨動脈損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 圧迫止血のみ <input type="checkbox"/> 当該科による縫合 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
その他の血管損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 圧迫止血のみ <input type="checkbox"/> 当該科による縫合 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
前縦靱帯損傷	合併症への対応	インプラントの追加・入れ替え / その他()
椎体損傷	合併症への対応	インプラントの追加・入れ替え / その他()
関節突起骨折	合併症への対応	インプラントの追加 / その他()
Implant 関連	合併症への対応	<input type="checkbox"/> インプラントの入れ替え <input type="checkbox"/> インプラントの摘出 <input type="checkbox"/> 固定の追加 <input type="checkbox"/> その他()
高位・左右誤認	誤認の詳細	上位椎(間)への誤認手術 / 下位椎(間)への誤認手術 / 左右の誤認手術 / その他()
主要臓器関連	合併症	<input type="checkbox"/> 上腸間膜動脈症候群 <input type="checkbox"/> 腹腔動脈圧迫症候群 <input type="checkbox"/> 尿管損傷 <input type="checkbox"/> 腎損傷 <input type="checkbox"/> 肺損傷 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 血胸 <input type="checkbox"/> 腸管損傷 <input type="checkbox"/> 肝損傷 <input type="checkbox"/> 乳び胸(胸腔) <input type="checkbox"/> 食道損傷 <input type="checkbox"/> 反回神経麻痺
└ 上腸間膜動脈症候群	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
└ 腹腔動脈圧迫症候群	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
└ 尿管損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(泌尿器科等)による処置 / その他()
└ 腎損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(泌尿器科等)による処置 / その他()
└ 肺損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(呼吸器外科等)による処置 / その他()
└ 気胸	合併症への対応	経過観察 / 胸腔ドレーン挿入 / その他()
└ 血胸	合併症への対応	経過観察 / 胸腔ドレーン挿入 / その他()
└ 腸管損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(消化器外科等)による処置 / その他()
└ 肝損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(消化器外科等)による処置 / その他()
└ 乳び胸(胸腔)	合併症への対応	経過観察 / 専門科(呼吸器外科等)による処置 / その他()
└ 食道損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(消化器外科等)による処置 / その他()
└ 反回神経麻痺	合併症への対応	経過観察 / 専門科(耳鼻科等)による処置 / その他()
その他	合併症名	
	合併症への対応	

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

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

■術後合併症(術後 30 日以内に発生した合併症)

合併症(大分類)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 血管損傷 <input type="checkbox"/> 硬膜外血腫 <input type="checkbox"/> 神経症状・筋力関連 <input type="checkbox"/> セメント漏出 <input type="checkbox"/> 主要臓器関連 <input type="checkbox"/> 脊柱支持組織損傷 <input type="checkbox"/> 硬膜損傷・髄液漏 <input type="checkbox"/> 固定金属関連・骨移植関連 <input type="checkbox"/> Surgical Site Infection その他()
血管損傷	合併症	<input type="checkbox"/> 大血管損傷 <input type="checkbox"/> 椎骨動脈損傷 <input type="checkbox"/> その他の血管損傷
↳ 大血管損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
↳ 椎骨動脈損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
↳ その他の血管損傷	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
硬膜外血腫	合併症	<input type="checkbox"/> 椎弓切除 <input type="checkbox"/> 血腫除去
神経症状・筋力関連	合併症	<input type="checkbox"/> 術後上肢麻痺 <input type="checkbox"/> 術後下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 術后感覚神経麻痺 <input type="checkbox"/> 大腰筋筋力低下(側方進入アプローチに伴うもの) <input type="checkbox"/> 上記以外の神経合併症
↳ 術後上肢麻痺	合併症への対応	経過観察 / 再手術 / ステロイド投与 / その他薬物治療 / その他()
↳ 術後下肢麻痺	合併症への対応	経過観察 / 再手術 / ステロイド投与 / その他薬物治療 / その他()
↳ 術后感覚神経麻痺	合併症への対応	経過観察 / 再手術 / ステロイド投与 / その他薬物治療 / その他()
↳ 大腰筋筋力低下(側方進入アプローチに伴うもの)	合併症への対応	経過観察 / 再手術 / ステロイド投与 / その他薬物治療 / その他()
↳ 上記以外の神経合併症	合併症への対応	経過観察 / 再手術 / ステロイド投与 / その他薬物治療 / その他()
セメント漏出	合併症	<input type="checkbox"/> セメント漏出(脊柱管内) <input type="checkbox"/> セメント漏出(血管内)
↳ セメント漏出(脊柱管内)	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> 除圧 <input type="checkbox"/> その他()
↳ セメント漏出(血管内)	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 外科的摘出 <input type="checkbox"/> その他()
主要臓器関連	合併症	<input type="checkbox"/> 上腸間膜動脈症候群 <input type="checkbox"/> 腹腔動脈圧迫症候群 <input type="checkbox"/> 尿管損傷 <input type="checkbox"/> 腎損傷 <input type="checkbox"/> 肺損傷 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 血胸 <input type="checkbox"/> 腸管損傷 <input type="checkbox"/> 肝損傷 <input type="checkbox"/> 乳び胸(胸腔) <input type="checkbox"/> 乳び漏(後腹膜腔) <input type="checkbox"/> 食道損傷 <input type="checkbox"/> 反回神経麻痺 <input type="checkbox"/> 気道閉塞 <input type="checkbox"/> 咽後膿瘍 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 腹壁ヘルニア <input type="checkbox"/> 腹壁麻痺
↳ 上腸間膜動脈症候群	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
↳ 腹腔動脈圧迫症候群	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 当該科による処置 <input type="checkbox"/> 専門科(血管外科等)による処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
↳ 尿管損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(泌尿器科等)による処置 / その他()
↳ 腎損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(泌尿器科等)による処置 / その他()
↳ 肺損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(呼吸器外科等)による処置 / その他()
↳ 気胸	合併症への対応	経過観察 / 胸腔ドレーン挿入 / その他()
↳ 血胸	合併症への対応	経過観察 / 胸腔ドレーン挿入 / その他()
↳ 腸管損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(消化器外科等)による処置 / その他()
↳ 肝損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(消化器外科等)による処置 / その他()
↳ 乳び胸(胸腔)	合併症への対応	経過観察 / 専門科(呼吸器外科等)による処置 / その他()
↳ 乳び漏(後腹膜腔)	合併症への対応	経過観察 / 専門科(消化器外科等)による処置 / その他()
↳ 食道損傷	合併症への対応	経過観察 / 専門科(消化器外科等)による処置 / その他()
↳ 反回神経麻痺	合併症への対応	経過観察 / 専門科(耳鼻科等)による処置 / その他()
↳ 気道閉塞	合併症への対応	再挿管 / 気切 / 再手術
↳ 咽後膿瘍	合併症への対応	経過観察 / 洗浄ドレナージ / その他()
↳ 嚥下障害	合併症への対応	経過観察 / 再手術 / その他()
↳ 腹壁ヘルニア	合併症への対応	経過観察 / 専門科(消化器外科等)による処置 / その他()
↳ 腹壁麻痺	合併症への対応	経過観察 / 専門科(消化器外科等)による処置 / その他()
脊柱支持組織損傷	合併症	<input type="checkbox"/> 前縦靭帯損傷 <input type="checkbox"/> 椎体損傷
↳ 前縦靭帯損傷	合併症への対応	インプラントの追加・入れ替え / その他()
↳ 椎体損傷	合併症への対応	インプラントの追加・入れ替え / その他()

JOANR 調査票【JSSR-DB詳細版】

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

■術後合併症(術後 30 日以内に発生した合併症)(続)

硬膜損傷・髄液漏	合併症	<input type="checkbox"/> 髄液漏 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 頭蓋内病変(硬膜下血腫等)
↳ 髄液漏	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 追加処置 <input type="checkbox"/> 硬膜縫合 <input type="checkbox"/> フィブリン糊 <input type="checkbox"/> 人工硬膜 <input type="checkbox"/> 脂肪移植 <input type="checkbox"/> スパイナルドレナージ <input type="checkbox"/> その他()
↳ 髄膜炎	合併症への対応	経過観察 / 抗生剤投与 / 追加処置
↳ 頭蓋内病変 (硬膜下血腫等)	合併症への対応	経過観察 / 追加処置
固定金属関連・骨移植関連	合併症	<input type="checkbox"/> Implant の破損 <input type="checkbox"/> Implant の脱転 <input type="checkbox"/> スクリューの位置不良 <input type="checkbox"/> 移植骨脱転
↳ Implant の破損	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> インプラント入れ替え <input type="checkbox"/> インプラント抜去 <input type="checkbox"/> インプラント追加 <input type="checkbox"/> その他()
↳ Implant の脱転	合併症への対応	<input type="checkbox"/> インプラント入れ替え <input type="checkbox"/> インプラント抜去 <input type="checkbox"/> インプラント追加 <input type="checkbox"/> その他()
↳ スクリューの位置不良	合併症への対応	<input type="checkbox"/> スクリュー入れ替え <input type="checkbox"/> スクリュー抜去 <input type="checkbox"/> 他のインプラントに変更 <input type="checkbox"/> その他()
↳ 移植骨脱転	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 移植骨入れ直し <input type="checkbox"/> 摘出 <input type="checkbox"/> インプラント追加 <input type="checkbox"/> その他()
Surgical Site Infection	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 洗浄 <input type="checkbox"/> かん流 <input type="checkbox"/> インプラント抜去 <input type="checkbox"/> その他()
その他	合併症	<input type="checkbox"/> 体位による術後障害 <input type="checkbox"/> 眼障害(角膜損傷等) <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 高位・左右誤認 <input type="checkbox"/> 採骨部骨折 <input type="checkbox"/> その他
↳ 体位による術後障害	合併症への対応	経過観察 / 追加手術
↳ 眼障害(角膜損傷等)	合併症への対応	経過観察 / 追加手術
↳ 失明	合併症への対応	経過観察 / 追加手術
↳ 高位・左右誤認	合併症への対応	上位椎(間)への誤認手術 / 下位椎(間)への誤認手術 / 左右の誤認手術 / その他()
↳ 採骨部骨折	合併症への対応	経過観察 / 追加手術
↳ その他		

■全身合併症(術中・術後 30 日以内に発生した合併症)

合併症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 急性心不全 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 肺梗塞 <input type="checkbox"/> 末梢静脈血栓症(症候性) <input type="checkbox"/> 重症呼吸不全 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 無気肺 <input type="checkbox"/> 肺水腫 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 術後譫妄 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 偽膜性腸炎 <input type="checkbox"/> 消化管潰瘍・胃穿孔 <input type="checkbox"/> 重症膵炎 <input type="checkbox"/> 重症肝炎 <input type="checkbox"/> 重症胆嚢炎 <input type="checkbox"/> 急性腎不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> 敗血症 <input type="checkbox"/> 入院中の転倒・転落による骨折 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()
合併症名		
()	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡治療・IVR 等 <input type="checkbox"/> 手術治療 <input type="checkbox"/> その他()
	合併症の転帰(術後30日時点)	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 本合併症で死亡
()	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡治療・IVR 等 <input type="checkbox"/> 手術治療 <input type="checkbox"/> その他()
	合併症の転帰(術後30日時点)	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 本合併症で死亡
()	合併症への対応	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡治療・IVR 等 <input type="checkbox"/> 手術治療 <input type="checkbox"/> その他()
	合併症の転帰(術後30日時点)	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 本合併症で死亡
その他	その他の合併症名	
	合併症への対応	
	合併症の転帰(術後30日時点)	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 本合併症で死亡