

JOANR 調査票【JSSR-DB簡易版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

※簡易版では頻出の術式のみを掲載しております。

手術日

西暦

年

月

日( )

入力者

備考

A 基本項目

Table with 4 columns: 手術日, 年 月 日, 加工ID, 患者生年月日・性別. Rows include patient name, surgery type, time, surgeon names, and staff counts.

B 術式小分類

Large table for surgical classification with columns for '手術の種類' and '術式加算・追加'. It lists various surgical techniques like K142 1, K142 2, etc., with checkboxes for different methods.

JOANR 調査票【JSSR-DB簡易版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

※簡易版では頻出の術式のみを掲載しております。

手術日

西暦

年

月

日( )

入力者

備考

B 術式小分類(続)

<b>K142-21 脊椎側彎症手術(固定術)</b>		
<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"/> 後腹腔鏡下椎体固定術
		<input type="checkbox"/> その他(詳細: )
<b>K191 1 脊髄腫瘍摘出術(髄外のもの)</b>		
<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: )
<b>K191 2 脊髄腫瘍摘出術(髄内のもの)</b>		
<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"/> 脊髄腫瘍摘出術(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	
<b>K131-2 内視鏡下椎弓切除術</b>		
<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: )
<b>K133-2 後縦靭帯骨化症手術(前方侵入によるもの)</b>		
<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"/> 後腹腔鏡下OPLL摘出術
		<input type="checkbox"/> その他(詳細: )
<b>K134 2 椎間板摘出術(後方摘出術)</b>		
<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: )
<b>K134-21 内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術)</b>		
<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: )
<b>K134-22 内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方摘出術)</b>		
<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: )
<b>K135 脊椎腫瘍切除術</b>		
<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: )
<b>K142-3 内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)</b>		
<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"/> 後腹腔鏡下椎体固定術
		<input type="checkbox"/> その他(詳細: )
<b>K142-4 経皮的椎体形成術</b>		
<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: )

JOANR 調査票【JSSR-DB簡易版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

※簡易版では頻出の術式のみを掲載しております。

手術日

西暦

年

月

日( )

入力者

備考

## 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"/> 後弯なし
		<input type="checkbox"/> 頸椎椎間板ヘルニア	<input type="checkbox"/> 後弯あり (C2/7 $\geq$ 10度の後弯)
		<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"/> Klippel-feil症候群
		<input type="checkbox"/> DISHに伴う嚥下障害	<input type="checkbox"/> アテトーゼ型CP
	腰椎	<input type="checkbox"/> 腰部脊柱管狭窄症	<input type="checkbox"/> 中心性狭窄・外側陥凹狭窄
		<input type="checkbox"/> 腰椎椎間板ヘルニア	<input type="checkbox"/> 椎間孔狭窄
		<input type="checkbox"/> 腰椎変性すべり症	<input type="checkbox"/> 脊柱管内ヘルニア
		<input type="checkbox"/> 腰椎分離すべり症	<input type="checkbox"/> 外側ヘルニア(椎間孔内・外)
		<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"/> 椎間板症	
		<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"/> すべり	
<input type="checkbox"/> その他の胸髄症		<input type="checkbox"/> ヘルニア	
<input type="checkbox"/> RA・透析・骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 脊髄ヘルニア	<input type="checkbox"/> 脊椎症	
	<input type="checkbox"/> RA脊椎	<input type="checkbox"/> 環軸椎前方亜脱臼	
	<input type="checkbox"/> 強直性脊椎炎(骨折なし)	<input type="checkbox"/> 環軸椎垂直亜脱臼(頭蓋内陥入含む)	
	<input type="checkbox"/> 透析性脊椎症	<input type="checkbox"/> 軸椎下垂脱臼	
	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症性脊椎骨折	<input type="checkbox"/> RA胸椎・腰椎病変	
<input type="checkbox"/> 腫瘍		<input type="checkbox"/> 偽関節/癒合遅延(麻痺無し)	
	<input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍	<input type="checkbox"/> 偽関節/癒合遅延(麻痺あり)	
	<input type="checkbox"/> 脊椎腫瘍	<input type="checkbox"/> 骨折後神経麻痺	
<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"/> 脊髄腫瘍(髄内)	
	<input type="checkbox"/> 胸腰椎脱臼骨折・破裂骨折	<input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍(硬膜内髄外)	
	<input type="checkbox"/> 脱臼のない脊椎骨折(Chance骨折含む)	<input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍(硬膜外)	
	<input type="checkbox"/> AS/DISHに合併した椎体骨折	<input type="checkbox"/> 転移性	
	<input type="checkbox"/> 非骨傷性脊髄損傷	<input type="checkbox"/> 原発性(良性)	
	<input type="checkbox"/> 骨盤骨折	<input type="checkbox"/> 原発性(悪性)	
<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"/> 硬膜外膿瘍のみ	<input type="checkbox"/> 真菌性	
		<input type="checkbox"/> 非定型抗酸菌	

JOANR 調査票【JSSR-DB簡易版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

※簡易版では頻出の術式のみを掲載しております。

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"/> 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"/> 占拠率<50% <input type="checkbox"/> 占拠率≥50%
<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)	

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"/> 前縦靭帯損傷 <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( )

JOANR 調査票【JSSR-DB簡易版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

※簡易版では頻出の術式のみを掲載しております。

手術日

西暦

年

月

日( )

入力者

備考

## ■術中合併症(続)

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( )
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"/> 上腸管膜動脈症候群 <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
↳ 上腸管膜動脈症候群	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	

## ■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"/> 術後感覚神経麻痺 <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( )
↳ 術後感覚神経麻痺	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( )

JOANR 調査票【JSSR-DB簡易版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

※簡易版では頻出の術式のみを掲載しております。

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)

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( )
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		

JOANR 調査票【JSSR-DB簡易版】

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

※簡易版では頻出の術式のみを掲載しております。

手術日

西暦

年

月

日( )

入力者

備考

## ■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	