

National Clinical Database : Case Report Form 記入の手引き

泌尿器科<副腎>

注意事項

このCase Report Form(以下, CRF)は, National Clinical Database(以下, NCD)への症例登録にあたっての補助資料です。各項目の定義については本CRFをご参照ください。

本CRFはあくまでも補助資料のため, 最終的な症例登録はWeb経由で行ってください。本CRFをNCDに送付いただいても, 症例登録とみなすことはできません。あらかじめご了承ください。

本CRFは, 以下のような場合にご活用ください。

例) 本CRFの記入は担当医が行うが, Webへの入力には他の診療科スタッフに依頼する場合 など

記入に際してのルール

記入ルールは, 以下の通りです。なお, ○と□のアイコンについては, Web上も同じルールです。

○: 択一の項目です。該当するものを1つだけお選びください。

□: 複数選択の項目です。該当するもの全てをお選びください。

下線: テキスト文章の記入欄です。

項目名の網掛けが灰色部分: 必須項目です。

登録基準

【2018年度症例登録開始日】

・2018年4月1日(日)～

【本CRF登録対象症例】

・入力項目【術式】で「副腎」に関する手術を選択した症例が登録対象。

「副腎」に関する対象症例は, 以下術式一覧をご確認ください。

OS0002 副腎摘出術	OS0003 副腎腫瘍摘出術(腹腔鏡下)
OS0004 副腎腫瘍摘出術(開腹)	OS0005 副腎腫瘍摘出術(髄質腫瘍(褐色細胞腫))
OS0006 副腎悪性腫瘍摘出術(腹腔鏡下)	NS0380 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
OS0008 副腎腫瘍に対する凝固焼灼術(冷凍凝固、マイクロ波、ラジオ波を含む)	
OS0009 副腎悪性腫瘍手術(単純切除)(褐色細胞腫を含む)	OS0010 副腎悪性腫瘍手術(広汎切除)
HS0002 副腎腫瘍摘出術(髄質腫瘍(褐色細胞腫)・開腹)	HS0003 副腎腫瘍摘出術(髄質腫瘍(褐色細胞腫)・腹腔鏡下)

【ステータスについて】

・新規症例登録が完了しましたら, 保存・ステータス変更を行ってください。

ステータスを「完了(承認済)」へ変更することで症例登録が完了いたします。

編集中 → 完了(未承認) → 完了(承認済)

お問い合わせ

ご不明な点, ご質問等がありましたら, NCDホームページお問い合わせフォームよりお問い合わせください。

(URL <http://www.ncd.or.jp/contact>)

お問い合わせの前にFAQもご参照ください。(URL <http://www.ncd.or.jp/faq>)

※メールでの一元管理を行っていますので, お電話でのお問い合わせは承っておりません。何卒ご了承ください。

なお, お問い合わせの内容によっては, 回答までにお時間を要する場合があります。

National Clinical Database Case Report Form: 泌尿器科<副腎>

患者情報

院内管理コード	_____	各施設診療科で決めて記入する。半角英字と半角数字の両方を使用可能。
登録の拒否申請	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	登録拒否の申し出があった場合は「あり」を記入する。
拒否の受付日	西暦 _____年 ____月 ____日	登録の拒否申請が「あり」の場合は拒否申請日を記入する。
患者生年月日	西暦 _____年 ____月 ____日	日付までの正しい情報が必要。
患者性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
備考		

手術入院

入院回数	_____回	手術回数	_____回
入院日	西暦 _____年 ____月 ____日 <input type="radio"/> 外来手術	施設における入院・退院の定義に応じて、入力する。外来手術の場合は「入院日」の記入は不要で、「外来手術」を選択する。	
救急搬送	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	救急車による搬送で入院したか。予定入院等による転院時に救急車で搬送されてきた場合も、搬送「あり」とする。また、救急車は公的機関のものだけでなく、医療機関自院用の救急車も含む。	
搬送元郵便番号または患者居住地の郵便番号	郵便番号(7桁) 〒 _____ <input type="radio"/> 特定不能または国外 (所在地情報) _____	<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送が「なし」の場合: 患者居住地の郵便番号とする。 ・救急搬送が「あり」の場合: 救急車の要請があった搬送元の住所とする。 ・医療機関から救急搬送されてきた場合、その医療機関で加療されている場合: 当該医療機関の郵便番号を記入する。 ・「特定不能または国外」の場合: 所在地に関する情報を記入する。 	
入院時診断	(入院時診断をICD10コード(3桁まで)で記入する。) 診断1 _____ 診断2 _____ 診断3 _____ 診断4 _____ 診断5 _____ 診断6 _____ 診断7 _____ 診断8 _____		入院した時の診断名を記入する。入院後に新たに疾患が発生した場合は、術後診断の欄に記入する。
診断名補足	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
診断名補足(詳細)			
入院時診断名(副腎)	<input type="checkbox"/> 原発性アルドステロン症 <input type="checkbox"/> 悪性褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 副腎嚢胞 <input type="checkbox"/> クッシング症候群 <input type="checkbox"/> 副腎皮質癌 <input type="checkbox"/> 転移性副腎腫瘍 <input type="checkbox"/> サブクリニカルクッシング症候群 <input type="checkbox"/> 非機能性腺腫 <input type="checkbox"/> 副腎外パラングリオーマ <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 副腎髄質脂肪腫 <input type="checkbox"/> その他		
家族歴	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (「あり」の場合、以下も記入する。)		副甲状腺疾患以外に副腎疾患・睪疾患がある場合にも記入する。
	甲状腺疾患名 _____		副腎疾患名 _____
	副甲状腺疾患名 _____		

手術情報 術前情報

緊急手術	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	手術をしなければ患者の生命予後や身体機能に著しい影響を及ぼすと判断され、手術実施決定後、即日(24時間以内)に行われた手術。医師の決定をもって手術実施の決定とする。
手術日	西暦____年__月__日	半角数字のみ。登録症例年内。
診断の契機	<input type="radio"/> 自覚症状 <input type="radio"/> 他疾患(高血圧等)の精査	<input type="radio"/> 画像診断での偶発腫瘍(検診・人間ドックを含む) <input type="radio"/> その他
自覚症状	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (「あり」の場合、以下も記入する。)	
	<input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 動悸・発汗 <input type="checkbox"/> 四肢の痺れ <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 多飲多尿 <input type="checkbox"/> 月経異常 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> 満月様顔貌 <input type="checkbox"/> 男性化徴候	
臨床症状 (併存症・既往歴)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (「あり」の場合、以下も記入する。)	
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 副甲状腺病変 <input type="checkbox"/> 甲状腺髄様癌 <input type="checkbox"/> 粘膜神経腫 <input type="checkbox"/> 巨大結腸症 <input type="checkbox"/> Marfan様体型 <input type="checkbox"/> 神経線維腫 <input type="checkbox"/> カフェオレ斑 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 中枢神経系血管芽腫 <input type="checkbox"/> 網膜血管腫 <input type="checkbox"/> 膵病変	
局在診断法	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> AVS <input type="checkbox"/> アドステロールシンチ <input type="checkbox"/> MIBGシンチ <input type="checkbox"/> FDG-PET	
患側	<input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 両側 <input type="radio"/> パラガングリオーマ	パラガングリオーマの場合は左右の部位ではなく、パラガングリオーマで入力。
腫瘍	<input type="radio"/> 片側単発 <input type="radio"/> 片側多発 <input type="radio"/> 両側多発 <input type="radio"/> 腫瘍不明(微小腺腫を含む)	
腫瘍の大きさ	_____ mm	最大径, 小数点以下第1位まで。
機能性	<input type="radio"/> 機能性 <input type="radio"/> 非機能性	
家族性・遺伝性	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> 不明	
遺伝性ありの場合診断が ついていればチェック	<small>(「家族性・遺伝性」が「あり」の場合に記入する。)</small> <input type="radio"/> MEN1 <input type="radio"/> MEN2A <input type="radio"/> MEN2B <input type="radio"/> VHL <input type="radio"/> ONF1 <input type="radio"/> OSDHX <input type="radio"/> その他	
良悪性(術前診断)	<input type="radio"/> 良性 <input type="radio"/> 悪性(原発性) <input type="radio"/> 悪性(転移性) <input type="radio"/> 悪性(原発性)疑い <input type="radio"/> 悪性(転移性)疑い	
降圧剤服用	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 1剤 <input type="radio"/> 2剤 <input type="radio"/> 3剤 <input type="radio"/> 4剤 <input type="radio"/> 5剤以上	

手術情報 術中情報

	コード	術式	手術を途中で断念した場合は、そこまでの術式を記入する。「試験開腹術」など。
術式1	術式1		<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
	術者名	術者 _____	
		助手1 _____	助手2 _____
		助手3 _____	助手4 _____
		助手5 _____	助手6 _____
		助手7 _____	助手8 _____
術式2	コード	術式	<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
	術式2		
	術者名(術式1の術者チームと異なる場合に記入する。)		
	術者名	術者 _____	
		助手1 _____	助手2 _____
		助手3 _____	助手4 _____
	助手5 _____	助手6 _____	
	助手7 _____	助手8 _____	

コード		術式	
術式3 (※術式4以降は別紙に記入する。)	術式3		<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
	術者名 (術式1の術者チームと異なる場合に記入する。)		
	術者名	術者 _____	
	助手1	_____	助手2 _____
	助手3	_____	助手4 _____
	助手5	_____	助手6 _____
	助手7	_____	助手8 _____
術式名補足	○なし ○あり		
術式名補足(詳細)			
術式分岐	<input type="checkbox"/> 前立腺全摘術 <input type="checkbox"/> 腎皮質由来腫瘍(腎癌など)に対する手術 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の術式		本項目は施設及び術者レベルでの症例数把握の為に使用します。
同時に行われた領域の異なる手術術式 (※術式4以降は別紙に記入する。)	(「あり」の場合は、以下に記入する。) コード 術式 術式1 _____ 術式2 _____ 術式3 _____		同時に行われた領域の異なる手術が行われた場合に記入する。この場合は、別の症例レコードとして、異なる領域の術者が登録。
麻酔科医の関与	○なし ○あり		麻酔科医とは、麻酔科に専従している医師(その施設で麻酔担当医として認定されている方)であり、専門医資格の有無は問わない。
体位	○仰臥位 ○半側臥位 ○側臥位 ○腹臥位		
腹腔鏡か否か	○腹腔鏡 ○開放 ○腹腔鏡から開放へ移行		
気腹かつり上げか	○気腹 ○つり上げ ○小切開		「腹腔鏡か否か」で「腹腔鏡」または「腹腔鏡から開放へ移行」を選択した場合に記入する。
到達法	(「腹腔鏡か否か」で「腹腔鏡」または「腹腔鏡から開放へ移行」を選択した場合に記入する。) <input type="checkbox"/> 経腹的前方 <input type="checkbox"/> 経腹的側方 <input type="checkbox"/> 後腹膜の側方 <input type="checkbox"/> 後腹膜の後方 <input type="checkbox"/> ハンドアシスト法 <input type="checkbox"/> その他		
単孔式か	○多孔式 ○単孔式		「腹腔鏡か否か」で「腹腔鏡」または「腹腔鏡から開放へ移行」を選択した場合に記入する。
	(「単孔式」を選択した場合に記入する。) <input type="checkbox"/> 追加ポートなし <input type="checkbox"/> 追加1ポート <input type="checkbox"/> 追加2ポート <input type="checkbox"/> 追加3ポート		
アプローチ	(「腹腔鏡か否か」で「開放」または「腹腔鏡から開放へ移行」を選択した場合に記入する。) <input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 後腹膜 <input type="checkbox"/> 開胸 <input type="checkbox"/> 開胸開腹		
全摘か部分切除か	<input type="checkbox"/> 右副腎摘出 <input type="checkbox"/> 左副腎摘出 <input type="checkbox"/> 副腎外腫瘍摘出 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり		
	(「右副腎摘出」で「あり」を選択した場合に記入する。 (「左副腎摘出」で「あり」を選択した場合に記入する。)) <input type="checkbox"/> 全摘 <input type="checkbox"/> 全摘 <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 部分切除		
合併切除臓器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (「合併切除臓器」で「あり」を選択した場合に記入する。) <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 右腎臓 <input type="checkbox"/> 左腎臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 横隔膜 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 下大静脈 <input type="checkbox"/> 左腎静脈 <input type="checkbox"/> その他		
術中腫瘍被膜損傷	○なし ○あり		
術中偶発症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 副腎損傷 <input type="checkbox"/> 他臓器損傷 <input type="checkbox"/> 炭酸ガス塞栓 <input type="checkbox"/> その他		
器械の不具合による偶発症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内視鏡関係 <input type="checkbox"/> トロッカー <input type="checkbox"/> 内視鏡外科用クリップ <input type="checkbox"/> 自動縫合器 <input type="checkbox"/> 超音波凝固切開装置 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> その他		
手術時間	_____時間 _____分	術中出血量	_____ ml
輸血の有無	○なし ○あり		

手術情報・術後情報

術後診断 (※診断5以降は別紙に記入する。)	(術後診断が入院時診断と異なる場合に、ICD10コード(3桁まで)を以下に記入する。)		
	診断1	診断2	診断3 診断4
術後30日状態	<input type="radio"/> 生存 <input type="radio"/> 死亡 死亡日 西暦____年____月____日		
腫瘍部位	<input type="radio"/> 片側 <input type="radio"/> 両側 <input type="radio"/> 副腎外 <input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左 術後病理診断_____		
単発/多発	<input type="radio"/> 単発 <input type="radio"/> 多発		
腫瘍の大きさ(最大径)	_____mm	AIMAH, PPNADの場合は、副腎全体の最大径とする。	
	術後病理診断(右)		術後病理診断(左)
	(「腫瘍部位」で「片側」の「右」および「両側」を選択した場合に記入する。) <input type="radio"/> 皮質腫瘍 <input type="radio"/> 機能性皮質腺腫 <input type="radio"/> 非機能性皮質腺腫 <input type="radio"/> ACTH非依存性大結節性過形成(AIMAH) <input type="radio"/> 原発性色素沈着性副腎皮質病(PPNAD) <input type="radio"/> 副腎皮質癌 <input type="radio"/> その他_____ <input type="radio"/> 髄質腫瘍 <input type="radio"/> 褐色細胞腫 <input type="radio"/> 副腎外パラガングリオーマ <input type="radio"/> 悪性褐色細胞腫 <input type="radio"/> 神経節腫 <input type="radio"/> 神経鞘腫 <input type="radio"/> 神経芽腫 <input type="radio"/> 神経線維腫 <input type="radio"/> その他_____ <input type="radio"/> 転移性副腎腫瘍 原発巣_____ <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 骨髓脂肪腫 <input type="radio"/> 副腎嚢胞 <input type="radio"/> その他_____		(「腫瘍部位」で「片側」の「左」および「両側」を選択した場合に記入する。) <input type="radio"/> 皮質腫瘍 <input type="radio"/> 機能性皮質腺腫 <input type="radio"/> 非機能性皮質腺腫 <input type="radio"/> ACTH非依存性大結節性過形成(AIMAH) <input type="radio"/> 原発性色素沈着性副腎皮質病(PPNAD) <input type="radio"/> 副腎皮質癌 <input type="radio"/> その他_____ <input type="radio"/> 髄質腫瘍 <input type="radio"/> 褐色細胞腫 <input type="radio"/> 副腎外パラガングリオーマ <input type="radio"/> 悪性褐色細胞腫 <input type="radio"/> 神経節腫 <input type="radio"/> 神経鞘腫 <input type="radio"/> 神経芽腫 <input type="radio"/> 神経線維腫 <input type="radio"/> その他_____ <input type="radio"/> 転移性副腎腫瘍 原発巣_____ <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 骨髓脂肪腫 <input type="radio"/> 副腎嚢胞 <input type="radio"/> その他_____
後出血	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	術後30日以内の再手術が必要だったもの。	
創感染	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	術後30日以内の創部の感染の有無を記入する。	
ポートサイトヘルニア	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	イレウス	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
肺血栓塞栓症	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		

退院時情報

退院日	西暦____年____月____日 <input type="radio"/> 術後90日以上の長期入院	1入院の中に手術・インターベンション症例が含まれる場合は、手術日を起算日として90日が経過した時点で「術後90日以上の長期入院」を選択し、入力を終えることが可能。 非手術症例の場合は、入院日を起算日として入力する。
退院時転帰	<input type="radio"/> 生存 <input type="radio"/> 死亡 死亡日 西暦____年____月____日	
退院時転帰・死亡の場合死因	<input type="radio"/> 副腎皮質癌死 <input type="radio"/> 手術関連死亡 <input type="radio"/> 他病死 病名: _____	「退院時転帰」で「死亡」を選択した場合に記入する。