

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

## 泌尿器科<ロボット仙骨腔固定術>

### 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

【2020年症例登録開始日】

- ・2020年4月1日～

【症例登録条件】

- ・入力項目【術式】で「ロボット仙骨腔固定術」に関する手術を選択した症例が登録対象。  
「ロボット仙骨腔固定術」に関する対象症例は、以下術式一覧をご確認ください。

HS0144 ロボット支援腹腔鏡下仙骨腔固定術

【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おりますので、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<ロボット仙骨脛固定術>

### 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"> <li>・救急搬送が「なし」の場合: 患者居住地の郵便番号とする。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・「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。</li> </ul>	
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)			

### 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。

## 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 _____	
術式3 (※術式4以降は別紙に記入する。)	コード 術式			<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
	術式3			
	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 _____	
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(腎摘出術・部分切除など) <input type="checkbox"/> 根治的膀胱全摘除術 <input type="checkbox"/> 腎盂形成術 <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。	
手術時間	_____ 時間 _____ 分			
主要な合併症	○なし ○あり(患者影響度3b以上)			
術中合併症の内容	<input type="checkbox"/> 血管損傷 <input type="checkbox"/> 腹腔内臓器損傷 <input type="checkbox"/> その他[ _____ ]		【主要な合併症】が「あり」の場合に入力。	
術中経過	<input type="checkbox"/> 術中の腹腔鏡による修復 <input type="checkbox"/> 開腹術による修復 <input type="checkbox"/> 該当なし		【主要な合併症】が「あり」の場合に入力。ロボットのまま修復した場合は「術中の腹腔鏡による修復」を選択する。	

## 手術・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 _____
術後出血	○なし ○あり		
術後出血量	約[        ]ml	【術後出血】が「あり」の場合に入力。	
術後出血合併症	<input type="checkbox"/> 腹腔内出血・血腫 <input type="checkbox"/> 腔壁出血 <input type="checkbox"/> 皮下血腫 <input type="checkbox"/> 腹壁創部出血 <input type="checkbox"/> 後腹膜出血・血腫 <input type="checkbox"/> 該当なし	【術後出血】が「あり」の場合に入力。	
術後他臓器合併症	○なし ○あり		
術後他臓器合併症部位	<input type="checkbox"/> 消化器系 <input type="checkbox"/> 腎泌尿器系 <input type="checkbox"/> 呼吸器系 <input type="checkbox"/> 循環器系 <input type="checkbox"/> 神経系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> その他[        ]	【術後他臓器合併症】が「あり」の場合に入力。	
術後他臓器部位消化器系	<input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> その他[        ]	【術後他臓器合併症部位】が「消化器系」を選択の場合に入力。	
術後他臓器部位腎泌尿器系	<input type="checkbox"/> 尿管損傷 <input type="checkbox"/> 膀胱損傷 <input type="checkbox"/> 水腎症 <input type="checkbox"/> その他[        ]	【術後他臓器合併症部位】が「腎泌尿器系」を選択の場合に入力。	
術後他臓器部位呼吸器系	<input type="checkbox"/> 塞栓 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> その他[        ]	【術後他臓器合併症部位】が「呼吸器系」を選択の場合に入力。	
術後他臓器部位循環器系	<input type="checkbox"/> 血栓 <input type="checkbox"/> 心停止 <input type="checkbox"/> その他[        ]	【術後他臓器合併症部位】が「循環器系」を選択の場合に入力。	
術後他臓器部位神経系	<input type="checkbox"/> コンパートメント症候群 <input type="checkbox"/> 上腕神経障害 <input type="checkbox"/> その他[        ]	【術後他臓器合併症部位】が「神経系」を選択の場合に入力。	
術後他臓器部位リンパ系	<input type="checkbox"/> リンパ浮腫 <input type="checkbox"/> リンパ嚢胞 <input type="checkbox"/> その他[        ]	【術後他臓器合併症部位】が「リンパ系」を選択の場合に入力。	
術後転帰	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 輸血あり <input type="checkbox"/> 再入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 術後の再手術 <input type="checkbox"/> ICU入院 <input type="checkbox"/> その他[        ]	【術後出血】【術後他臓器合併症】のいずれかが「あり」の場合に入力。	
術後の再手術	<input type="checkbox"/> 体腔鏡による修復 <input type="checkbox"/> 開腹術による修復 <input type="checkbox"/> その他[        ]	【術後転帰】が「術後の再手術」を選択の場合に入力。	
術後30日以内の死亡	○いいえ ○はい		