

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

## 外科専門医共通項目

### 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

(1) 以下の場合に、本CRFをご使用ください。

- ・外科専門医申請のため。
- ・各専門医申請を行うにあたって、各専門医で認定のための要件となる術式以外の手術を行った場合。

(2) 「術式」「同時に行われた領域の異なる手術術式」「術後診断」を追加でご記入いただく場合は、「外科専門医 共通項目」の別紙(術式・診断追加用)をご使用ください。

---

### 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。

また、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: 外科専門医共通項目**

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	登録拒否の申し出があった場合は「あり」とする。
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	
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記入する。
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。
救急搬送時の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) _____	・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、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		
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	
術式1	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 _____	<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
術式2	コード _____ 術式 _____	
	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 _____	<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
術式3 (※術式4以降は別紙に記入する。)	コード _____ 術式 _____	
	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 _____	<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
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、異なる領域の術者を登録する。
麻酔科医の関与	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	麻酔科医による麻酔が行われたか。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。
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 _____	