

National Clinical Database : Case Report Form 記入の手引き 形成外科専門医

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NCDI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。

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。

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 : 形成外科専門医

A1. 患者情報

患者番号(院内管理コード)	_____	患者固有のコードとして各施設診療科で決めて入力する。半角英字と半角数字の両方を使用可能。
患者性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
患者生年月日	西暦 _____年____月____日	日付までの正しい情報が必要。
現在時年齢	_____才_____ヵ月	症例登録システムでは患者生年月日より自動計算。
登録の拒否申請	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり 拒否の受付日:西暦 _____年____月____日	登録拒否の申し出があった場合は「あり」とする。「あり」の場合でも、専門医申請上 NCD登録は必要です。
備考		

A2. 手術情報

疾患名	大分類 _____ 中分類 _____ 小分類 _____ 極小分類 _____ 最終分類 _____	※分類に関する詳細は別紙の参考資料「2019年CRF_形成外科症例登録システム 疾患一覧」を参照
学会区分	<input type="radio"/> 1. 外傷 <input type="radio"/> 2. 先天異常 <input type="radio"/> 3. 腫瘍 <input type="radio"/> 4. 瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド <input type="radio"/> 5. 難治性潰瘍 <input type="radio"/> 6. 炎症・変性疾患 <input type="radio"/> 7. 美容(手術) <input type="radio"/> 8. その他 (「1. 外傷」の場合に記入する.) <input type="radio"/> 熱傷・凍傷・化学熱傷・電撃傷で全身管理を要する非手術例 <input type="radio"/> 熱傷・凍傷・化学熱傷・電撃傷(全身管理を要する非手術例を除く) <input type="radio"/> 顔面軟部組織損傷 <input type="radio"/> 顔面骨折 <input type="radio"/> 頭部・頸部・体幹の外傷 <input type="radio"/> 上肢・下肢の外傷 <input type="radio"/> 外傷後の組織欠損(二次再建) (「2. 先天性異常」の場合に記入する.) <input type="radio"/> 唇裂・口蓋裂 <input type="radio"/> 頭蓋・顎・顔面の先天異常 <input type="radio"/> 頸部の先天異常 <input type="radio"/> 四肢の先天異常 <input type="radio"/> 体幹(その他)の先天異常 (「3. 腫瘍」の場合に記入する.) <input type="radio"/> 良性腫瘍 <input type="radio"/> 悪性腫瘍 <input type="radio"/> 腫瘍の続発症 <input type="radio"/> 腫瘍切除後の組織欠損(一次・二次再建) (「4. 瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド」の場合に記入する.) <input type="radio"/> 瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド (「5. 難治性潰瘍」の場合に記入する.) <input type="radio"/> 褥瘡 <input type="radio"/> その他の潰瘍(下腿・足潰瘍を含む) (「6. 炎症・変性疾患」の場合に記入する.) <input type="radio"/> 炎症・変性疾患 (「7. 美容(手術)」の場合に記入する.) <input type="radio"/> 美容手術 <input type="radio"/> 美容処置(非手術、レーザーを含む) (「8. その他」の場合に記入する.) <input type="radio"/> その他(眼瞼下垂、腋臭症など)	
疾患部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 (「頭部」の場合に記入する.) <input type="checkbox"/> 前頭部 <input type="checkbox"/> 頭頂部 <input type="checkbox"/> 側頭部 <input type="checkbox"/> 後頭部 (「顔面」の場合に記入する.) <input type="checkbox"/> 前額 <input type="checkbox"/> 眉間 <input type="checkbox"/> 眉毛(部) <input type="checkbox"/> 眼(周囲)部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 眼瞼 <input type="checkbox"/> 上眼瞼 <input type="checkbox"/> 下眼瞼 <input type="checkbox"/> 内眼角 <input type="checkbox"/> 外眼角 <input type="checkbox"/> 睫毛 <input type="checkbox"/> 眼球 <input type="checkbox"/> 角膜 <input type="checkbox"/> 球結膜 <input type="checkbox"/> 鼻(部) <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 上口唇 <input type="checkbox"/> 下口唇 <input type="checkbox"/> 口角 <input type="checkbox"/> 頬部 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> オトガイ <input type="checkbox"/> 耳(介) <input type="checkbox"/> 耳垂 <input type="checkbox"/> 外耳道 (「頸部」の場合に記入する.) <input type="checkbox"/> 前頸部 <input type="checkbox"/> 後頸部(項部) <input type="checkbox"/> 側頸部 (「口腔」の場合に記入する.) <input type="checkbox"/> 口腔前庭 <input type="checkbox"/> 口蓋 <input type="checkbox"/> 歯槽 <input type="checkbox"/> 頬粘膜 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 口腔底 (「咽頭」の場合に記入する.) <input type="checkbox"/> 上咽頭 <input type="checkbox"/> 中咽頭 <input type="checkbox"/> 下咽頭 <input type="checkbox"/> 頸部食道 (「上肢」の場合に記入する.) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 母指 <input type="checkbox"/> 示指 <input type="checkbox"/> 中指 <input type="checkbox"/> 環指 <input type="checkbox"/> 小指 (「下肢」の場合に記入する.) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 膝窩部 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 内果 <input type="checkbox"/> 外果 <input type="checkbox"/> アキレス腱部 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 足底 <input type="checkbox"/> 足趾 <input type="checkbox"/> I趾 <input type="checkbox"/> II趾 <input type="checkbox"/> III趾 <input type="checkbox"/> IV趾 <input type="checkbox"/> V趾 (「体幹」の場合に記入する.) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 鎖骨下部 <input type="checkbox"/> 前胸部 <input type="checkbox"/> 側胸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 臍 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 殿部 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 峯径部 <input type="checkbox"/> 外陰部 <input type="checkbox"/> 陰囊 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 尿道 <input type="checkbox"/> 陰唇 <input type="checkbox"/> 会陰 <input type="checkbox"/> 肛門	最大20個まで選択可能。疾患名・中分類にて顔面骨骨折以外の場合に記入する。
疾患左右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両(側) <input type="checkbox"/> 正中	疾患名・中分類にて顔面骨骨折以外の場合に記入する。
顔面骨部位	<input type="checkbox"/> 前頭骨 <input type="checkbox"/> 鼻骨 <input type="checkbox"/> 鼻軟骨 <input type="checkbox"/> 篩骨 <input type="checkbox"/> 眼窩縁 <input type="checkbox"/> 眼窩下壁 <input type="checkbox"/> 眼窩内側壁 <input type="checkbox"/> 眼窩上壁 <input type="checkbox"/> 頬骨体部 <input type="checkbox"/> 頬骨弓部 <input type="checkbox"/> ルフォー I型上顎骨 <input type="checkbox"/> ルフォー II型上顎骨 <input type="checkbox"/> ルフォー III型上顎骨 <input type="checkbox"/> 上顎骨(ルフォー型以外) <input type="checkbox"/> 上顎歯槽骨 <input type="checkbox"/> 口蓋骨 <input type="checkbox"/> 下顎体部 <input type="checkbox"/> 下顎枝部(角部含む) <input type="checkbox"/> 下顎関節突起部 <input type="checkbox"/> 下顎歯槽骨 <input type="checkbox"/> 歯牙 最大21個まで選択可能。疾患名・中分類にて顔面骨骨折の場合に記入する。	
顔面骨左右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両(側) <input type="checkbox"/> 正中	疾患名・中分類にて顔面骨骨折の場合に記入する。

手術日/処置日	西暦 _____年____月____日 ○入院 ○外来	半角数字のみ可。 入院手術か外来手術のどちらかを選択する。
救済手術か否か	○はい ○いいえ	同一患者の合併症に対する1ヶ月以内の再手術は救済手術とする。
依頼手術か否か	○はい ○いいえ	他科入院の患者への手術
定時/緊急手術	○定時手術 ○緊急手術	「緊急手術」とは、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。
保険適用	○保険診療 ○自由診療	
手術年齢	_____才 _____ヵ月	症例登録システムでは患者生年月日と手術日より自動計算。
指導医	_____	
術者/処置者	_____	
助手	_____	99名まで選択可能。
麻酔法	○全身麻酔 ○脊椎・硬膜外麻酔(脊硬麻) ○伝達麻酔 ○静脈麻酔 ○局所麻酔 ○表面麻酔 ○無麻酔	
手技	_____	
採皮部	<input type="checkbox"/> 耳後部 <input type="checkbox"/> 鎖骨上窩 <input type="checkbox"/> 鼠径部 <input type="checkbox"/> 内果下部 <input type="checkbox"/> 足底部 <input type="checkbox"/> その他	【手技】で次を選択した場合に記入。 K013-2-(1) 全層植皮術(25cm ² 未満) K013-2-(2) 全層植皮術(25cm ² 以上100cm ² 未満) K013-2-(3) 全層植皮術(100cm ² 以上200cm ² 未満) K013-2-(4) 全層植皮術(200cm ² 以上)
	<input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 殿部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> その他	【手技】で次を選択した場合に記入。 K013-(1) 分層植皮術(25cm ² 未満) K013-(2) 分層植皮術(25cm ² 以上100cm ² 未満) K013-(3) 分層植皮術(100cm ² 以上200cm ² 未満) K013-(4) 分層植皮術(200cm ² 以上)
採骨部	<input type="checkbox"/> 頭蓋骨 <input type="checkbox"/> 耳介軟骨 <input type="checkbox"/> 鼻中隔軟骨 <input type="checkbox"/> 肋骨 <input type="checkbox"/> 肋軟骨 <input type="checkbox"/> 腸骨 <input type="checkbox"/> その他	【手技】で次を選択した場合に記入。 K059-(1) 骨移植術(軟骨移植術を含む)(自家骨移植) K296-(1) 耳介形成手術(耳介軟骨形成を要する) K299-(1) 小耳症手術(軟骨移植による耳介形成手術)
皮弁採取部位	<input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 手指部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 鼠径部 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 空腸 <input type="checkbox"/> 大網 <input type="checkbox"/> その他	【手技】で次を選択した場合に記入。 K016 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 筋皮弁形成術 K016 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 動脈皮弁形成術 K016 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 動脈皮弁形成術(穿通枝皮弁) K017-(1) 遊離皮弁術(乳房再建術の場合) K017-(2) 遊離皮弁術(その他の場合) K020 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付き) K476-3-(1) 動脈皮弁、筋皮弁による乳房再建術(乳房切除後)(一次的) K476-3-(2) 動脈皮弁、筋皮弁による乳房再建術(乳房切除後)(二次的) K531-(1) 食道切除後2次的再建術 皮弁形成によるもの K850-(2) 女子外生殖器悪性腫瘍手術(皮膚移植(筋皮弁使用)) K859-(5) 造脛術、陰閉鎖症術(筋皮弁移植) K859-(5) 造脛術(筋皮弁移植)(性同一性障害) 有蓋皮弁 遊離皮弁
自由項目		

A3. 予後項目

移植片の生着	<input type="radio"/> 完全生着 <input type="radio"/> 部分壊死 <input type="radio"/> 全壊死	皮弁関係手術、切断指手術、複合組織移植の場合、移植片の生着の有無を確認。術後2週間目から入力可能。 皮弁関係手術、切断指手術、複合組織移植の【手技】は、下記の通り。 K013-(1) 分層植皮術(25cm ² 未満) K013-(2) 分層植皮術(25cm ² 以上100cm ² 未満) K013-(3) 分層植皮術(100cm ² 以上200cm ² 未満) K013-(4) 分層植皮術(200cm ² 以上) K013-2-(1) 全層植皮術(25cm ² 未満) K013-2-(2) 全層植皮術(25cm ² 以上100cm ² 未満) K013-2-(3) 全層植皮術(100cm ² 以上200cm ² 未満) K013-2-(4) 全層植皮術(200cm ² 以上) K014 皮膚移植術(生体・培養) K014-2-(1) 皮膚移植術(死体)(200cm ² 未満) K014-2-(2) 皮膚移植術(死体)(500cm ² 以上500cm ² 未満) K014-2-(3) 皮膚移植術(死体)(200cm ² 以上1000cm ² 未満) K014-2-(4) 皮膚移植術(死体)(1000cm ² 以上3000cm ² 未満) K014-2-(5) 皮膚移植術(死体)(3000cm ² 以上) K015-(1) 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術(25cm ² 未満) K015-(2) 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術(25~100cm ² 未満) K015-(3) 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術(100cm ² 以上) K016 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 筋皮弁形成術 K016 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 動脈皮弁形成術 K016 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 動脈皮弁形成術(穿通枝皮弁) K017-(1) 遊離皮弁術(乳房再建術の場合) K017-(2) 遊離皮弁術(その他の場合) K019 複合組織移植術 K020 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付き) K021-(1) 粘膜移植術(4cm ² 未満) K021-(2) 粘膜移植術(4cm ² 以上) K021-2-(1) 粘膜弁手術(4cm ² 未満) K021-2-(2) 粘膜弁手術(4cm ² 以上) K088-(1) 切断四肢再接合術(四肢) K088-(2) 切断四肢再接合術(指) K109 神経血管柄付植皮術(手、足) K476-3-(1) 動脈皮弁、筋皮弁による乳房再建術(乳房切除後)(一次的) K476-3-(2) 動脈皮弁、筋皮弁による乳房再建術(乳房切除後)(二次的) K531-(1) 食道切除後2次的再建術 皮弁形成によるもの K531-(2) 食道切除後2次的再建術 消化管利用によるもの K850-(2) 女子外生殖器悪性腫瘍手術(皮膚移植(筋皮弁使用)) K859-(2) 造脛術、陰閉鎖症術(遊離植皮) K859-(2) 造脛術(遊離植皮)(性同一性障害) K859-(5) 造脛術、陰閉鎖症術(筋皮弁移植) K859-(5) 造脛術(筋皮弁移植)(性同一性障害) K859-(5) 造脛術、陰閉鎖症術(筋皮弁移植) 有蓋皮弁 遊離皮弁
熱傷の予後	<input type="radio"/> 救命 <input type="radio"/> 死亡	全身熱傷の場合、生命予後の有無を確認。術後2週間目から入力可能。 全身熱傷の【疾患名_最終分類】は下記の通り。 全身管理を要する熱傷(B.I.<5) 全身管理を要する熱傷(5≤B.I.<10) 全身管理を要する熱傷(10≤B.I.<15) 全身管理を要する熱傷(15≤B.I.<20) 全身管理を要する熱傷(20≤B.I.) 電撃傷 雷撃症