

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。

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「形成外科 疾患名一覧表」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	最大20個まで選択可能。
疾患左右	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両(側) <input type="checkbox"/> 正中	
手術日/処置日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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。
定時/緊急手術	<input type="radio"/> 定時手術 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 保険診療 <input type="radio"/> 自由診療	
手術時年齢	_____ 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。

