

※いずれかに○をしてください。

6. 病名・術式情報

[主病名 ・ 副病名1 ・ 副病名2 ・ 副病名3]

○5 脊髄・脊椎・末梢神経		→ 診察目的に「手術」を含む場合に記入。									
病名	病変高位	術式	1. オープン	2. 顕微鏡	3. 内視鏡	4. 外視鏡	5. 血管内	6. ロボット	7. ナビゲーション	8. 術中透視	9. 神経モニタリング
脊椎変性疾患グループ <input type="checkbox"/> 脊椎症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 成長性狭窄症 <input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 黄色靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> すべり症 <input type="checkbox"/> 分離症 <input type="checkbox"/> その他の脊椎変性疾患	<input type="checkbox"/> 頭蓋頸椎移行部 <input type="checkbox"/> 中下位頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰仙椎	<input type="checkbox"/> 前方減圧 <input type="checkbox"/> 前方固定 <input type="checkbox"/> 後方減圧 <input type="checkbox"/> 後方固定 <input type="checkbox"/> 椎間板摘出術 <input type="checkbox"/> 前方後方同時固定 <input type="checkbox"/> 人工椎間板置換術 <input type="checkbox"/> 椎間板内酵素注入療法 <input type="checkbox"/> その他 中項目 <input type="checkbox"/> 内固定インプラント使用あり <input type="checkbox"/> 内固定インプラント使用なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髄腫瘍 <input type="checkbox"/> 髄内腫瘍 <input type="checkbox"/> 髄外腫瘍 (硬膜内限局) <input type="checkbox"/> 髄外腫瘍 (硬膜外・傍脊柱伸展型) <input type="checkbox"/> 原発性脊髄腫瘍 <input type="checkbox"/> 転移性脊髄腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の脊髄腫瘍	<input type="checkbox"/> 頭蓋頸椎移行部 <input type="checkbox"/> 中下位頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰仙椎	<input type="checkbox"/> 全摘・亜全摘 <input type="checkbox"/> 部分摘出 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 中項目 <input type="checkbox"/> 内固定インプラント使用あり <input type="checkbox"/> 内固定インプラント使用なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髄空洞症 <input type="checkbox"/> 小脳扁桃嵌入 (キアリ I 型) <input type="checkbox"/> 癒着性くも膜炎 <input type="checkbox"/> 外傷性 <input type="checkbox"/> その他の脊髄空洞症		<input type="checkbox"/> 空洞シャント術 <input type="checkbox"/> 大後頭孔減圧術 <input type="checkbox"/> 癒着剥離術 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髄血管障害 <input type="checkbox"/> 硬膜動静脈瘻 <input type="checkbox"/> 辺縁部動静脈瘻 <input type="checkbox"/> 硬膜外動静脈瘻 <input type="checkbox"/> 髄内動静脈奇形 <input type="checkbox"/> 海綿状血管奇形 <input type="checkbox"/> 硬膜外血腫 <input type="checkbox"/> その他の脊髄血管障害	<input type="checkbox"/> 頭蓋頸椎移行部 <input type="checkbox"/> 中下位頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰仙椎	<input type="checkbox"/> 動静脈瘻閉鎖術 <input type="checkbox"/> 摘出術 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 血管内治療塞栓術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髄外傷 <input type="checkbox"/> 骨傷なし <input type="checkbox"/> 脱臼骨折 <input type="checkbox"/> 椎体圧迫骨折 <input type="checkbox"/> その他の脊髄外傷	<input type="checkbox"/> 頭蓋頸椎移行部 <input type="checkbox"/> 中下位頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰仙椎	<input type="checkbox"/> 前方除圧術 <input type="checkbox"/> 後方除圧術 <input type="checkbox"/> 固定術 <input type="checkbox"/> 経皮的椎体形成術 <input type="checkbox"/> その他 中項目 <input type="checkbox"/> 内固定インプラント使用 <input type="checkbox"/> 椎体バルーン使用 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊椎感染症 <input type="checkbox"/> 膿瘍形成あり <input type="checkbox"/> 膿瘍形成なし		<input type="checkbox"/> 前方除圧術 <input type="checkbox"/> 後方除圧術 <input type="checkbox"/> 固定術 <input type="checkbox"/> その他 中項目 <input type="checkbox"/> 内固定インプラント使用あり <input type="checkbox"/> 内固定インプラント使用なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※いずれかに○をしてください。

6. 病名・術式情報

[主病名 ・ 副病名1 ・ 副病名2 ・ 副病名3]

○5 脊髄・脊椎・末梢神経 (前ページの続き)		→ 診療目的に「手術」を含む場合に記入。									
病 名	病変高位	術 式	1. オープン	2. 顕微鏡	3. 内視鏡	4. 外視鏡	5. 血管内	6. ロボット	7. ナビゲー ション	8. 術中透視	9. 神経モニ タリング
末梢神経障害 ○手根管症候群 ○肘部管症候群 ○足根管症候群 ○腕神経叢障害 ○その他の末梢神経障害		<input type="checkbox"/> 神経剥離術 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○脊柱変形 ○その他の脊髄・脊椎・末梢神経疾患	○ 頭蓋頸椎移行部 ○ 中下位頸椎 ○ 胸椎 ○ 腰仙椎	○ 後方固定術 ○ 前方後方同時固定術 ○ その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髄合併症	○なし ○あり		「あり」の場合、合併症の内容を選択する。								
	<input type="checkbox"/> 神経根障害 <input type="checkbox"/> 脊髄障害 <input type="checkbox"/> C5麻痺 <input type="checkbox"/> コンストラクト・インプラント関連 <input type="checkbox"/> 創部感染、癒合不全 <input type="checkbox"/> その他										