

## 同意書

私は社団法人日本整形外科学会インプラント委員会  
が行う人工関節登録調査の趣旨を理解いたしました  
ので、私の人工関節手術の内容が社団法人日本整形外  
科学会インプラント委員会に登録されることに同意  
いたします。

年 月 日

住所：

患者氏名：

生年月日：(西暦) 年 月 日

生まれた都道府県名：

代諾者氏名：

(本人との間柄： )

趣旨説明医師名：

手術年月日：(西暦) 年 月 日

病院名：

(この同意書はインプラント委員会には送らず各病院にて保管して下さい)

## I 病院、術者と患者

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID をお書き下さい)  
執刀医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_ 指導医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_  
(事前登録のイニシャルを記入)  
(執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録用紙を送る)

患者 ID: (同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生
2. 性別: ( 男・女 )
3. 名前 (名前の最初の文字: 山田太郎ならば名前の「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意): \_\_\_\_\_  
(ひらがな)
4. 生まれた場所 (都道府県名: 愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入): \_\_\_\_\_
5. 貴院における患者 ID: \_\_\_\_\_ (ID をお書き下さい)

## II 初回手術 THA

1. 手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
2. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)
3. 既往手術: なし / 骨切り術 (股臼側、大腿骨側)、その他 \_\_\_\_\_
4. 手術診断名: 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 \_\_\_\_\_

## III 再手術 THA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする)

1. 初回手術時について: (この項目は、可能であれば記載する)  
初回手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回手術施設名: \_\_\_\_\_  
初回手術診断名: 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 \_\_\_\_\_
2. 今回の手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
3. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成)
4. 手術回数 (今回の手術を含める): (1、2、3、4、それ以上 \_\_\_\_\_ 回 および不明)
5. 手術の理由: aseptic loosening (臼蓋・大腿骨) / 感染 / インプラント破損 (臼蓋・大腿骨) / ポリエチレンの摩耗 / Osteolysis (臼蓋・大腿骨) / 骨折 (臼蓋・大腿骨) / 脱臼・instability その他 \_\_\_\_\_
6. 手術の内容: 抜去のみ / 再置換術 (股臼側、大腿骨側、insert、骨頭)  
抜去したインプラント名: \_\_\_\_\_ (商品名)

## IV 手術手技

1. 手術時間: \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分
2. アプローチ: 前方 / 側方 / 後方 / その他 \_\_\_\_\_
3. 大転子: 非切離 / 一部切離 / 切離
4. minimally invasive technique: なし / あり
5. navigation system: 非使用 / 使用
6. セメント: なし / あり / Hybrid ー 使用部位 (臼蓋・大腿骨)
7. 抗生剤含有セメント: なし / あり ( \_\_\_\_\_ [抗生剤名] を \_\_\_\_\_ グラム / セメント 1 パック)
8. 骨移植: なし / 一部あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨) / あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨)
9. 生体活性材料 (人工骨など) の使用:  
なし / 一部あり (臼蓋・大腿骨) / あり (臼蓋・大腿骨): \_\_\_\_\_ (商品名)  
(「一部あり」は cyst や小欠損に対する骨移植、「あり」は明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など )
10. 補強部品: なし / あり (augmentation, plate, mesh, その他 \_\_\_\_\_) (臼蓋・大腿骨)

該当項目に○、下線部へは記入

送信先 FAX:075-751-8409  
THA 登録フォーム 2 (拡大トライアル)

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID をお書き下さい)

患者生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2 枚作成する)

(フォーム 1 枚目と 2 枚目の文書が同一患者のものであることを確認するために必ず記入すること)

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

股臼側

インナー

スクリュー

アウター (カップ)

大腿骨側

ステム

生体活性材料

骨頭

補強部品

セメント

その他(セメントプラグなど)

## THA 登録フォームの書き方

### THA フォーム 1

#### I 病院、術者と患者

ARJ 登録病院： \_\_\_\_\_ (施設 ID をお書き下さい)

(事前登録により与えられた記号例： T3)

執刀医イニシャル： (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

指導医イニシャル： (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

(事前登録のイニシャルを記入 例：鈴木 二郎 → (姓) S (名) J)

(同一イニシャルの場合： S, J-1, S, J-2 として、事前登録をする)

(執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録する)

患者 ID： (同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

2. 性別： ( 男 ・ 女 )

3. 名前 (名前の最初の文字)： \_\_\_\_\_ (ひらがな)

(例：山田太郎⇒たろう⇒た、名字ではないので注意)

4. 生まれた場所 (都道府県名：愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入)： \_\_\_\_\_

(例：愛知県 ⇒ 愛知県、 中国 ⇒ 国外)

5. 貴院における患者 ID： \_\_\_\_\_ (IDをお書き下さい)

(貴病院での ID 番号を記入 例：98765431)

#### II 初回手術 THA

1. 手術年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 手術側： 右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

3. 既往手術： なし / 骨切り術 (股臼側、大腿骨側)、その他

(骨切り術：骨に操作を加えた関節温存手術のこと、穿孔術はその他に記入)

4. 手術診断名： 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 \_\_\_\_\_

#### III 再手術 THA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする)

1. 初回手術時について： (この項目は、可能であれば記載する)

初回手術年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回手術施設名： \_\_\_\_\_

初回手術診断名： 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 \_\_\_\_\_

2. 今回の手術年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 手術側： 右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

4. 手術回数 (今回の手術を含める)： (1、2、3、4、それ以上 \_\_\_\_\_ 回 および不明)

(例：人工骨頭を抜去し、人工股関節置換術を行った場合⇒ 1回)

(例：インプラントを抜去後、数回の揺爬するがインプラント設置をしない場合⇒ 1回)

(例：インプラント抜去し一時的インプラントを設置、その後インプラントを設置した場合⇒ 2回)

(例：インプラント抜去し一時的インプラントを設置、一時的のインプラント抜去、インプラント

を設置した場合⇒ 3回)

(揺爬を何度も繰り返してもインプラントを設置しなければ回数に入れない)

(セメントスパーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

5.手術の理由：aseptic loosening (白蓋・大腿骨) / 感染 / インプラント破損 (白蓋・大腿骨) / ポリエチレンの摩耗 / Osteolysis (白蓋・大腿骨) / 骨折 (白蓋・大腿骨) / 脱臼・instability/その他\_\_\_\_\_.

6.手術の内容：抜去のみ / 再置換術 (股臼側、大腿骨側、insert、骨頭)

(抜去のみ：インプラントの抜去、一時的のインプラントの抜去、insertの抜去)

(セメントスパーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

抜去したインプラント名：\_\_\_\_\_.

(例：〇〇〇社製 △△△セメントステム、×××セメントレスカップ)

#### IV 手術手技

1.手術時間：\_\_\_\_\_時間\_\_\_\_\_分

2.アプローチ：前方 / 側方 / 後方 , その他\_\_\_\_\_.

(Trans-femoral はその他に入れる)

3.大転子：非切離 / 一部切離 / 切離

(一部切離とは、中小殿筋が遠位骨片に付着あり)

4.minimally invasive technique：なし / あり

5.navigation system：非使用 / 使用

6.セメント：なし / あり / Hybrid - 使用部位 (白蓋・大腿骨)

7.抗生剤含有セメント：なし / あり ( \_\_\_\_\_ [抗生剤名] を \_\_\_\_\_ グラム/セメント 1 パック)

(例：〇〇〇マイシン『抗生剤名を 1 グラム/セメント 1 パック』)

8.骨移植：なし / 一部あり (自家骨・同種骨) (白蓋・大腿骨) / あり (自家骨・同種骨) (白蓋・大腿骨)

9.生体活性材料 (人工骨など) の使用：なし / 一部あり (白蓋・大腿骨) / あり (白蓋・大腿骨) : \_\_\_\_\_ (商品名)

(例：商品名：〇〇〇アバセラガラス)

(一部ありは cyst や小欠損に対する骨移植、ありは明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など)

10.補強部品：なし / あり (augmentation, plate, mesh, その他 \_\_\_\_\_) (白蓋・大腿骨)

## THA フォーム 2

ARJ 登録病院：\_\_\_\_\_ (施設 ID をお書き下さい)

(事前登録により与えられた記号例：T3)

患者生年月日 (西暦)：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

手術側：右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

#### V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

## 送信先 FAX:075-751-8409

### TKA/UKA 登録フォーム 1 (拡大トライアル)

#### I 病院、術者と患者

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID をお書き下さい)  
 執刀医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_ 指導医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_  
 (事前登録のイニシャルを記入)  
 (執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録用紙を送る)

患者 ID: (同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生
2. 性別: (男・女)
3. 名前 (名前の最初の文字: 山田太郎ならば名前の「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意): \_\_\_\_\_ (ひらがな)
4. 生まれた場所 (都道府県名: 愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入): \_\_\_\_\_
5. 貴院における患者 ID: \_\_\_\_\_ (ID をお書き下さい)

#### II 初回 TKA/UKA

1. 手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
2. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する) UKA の場合 (内側・外側)
3. 既往手術: なし / HTO 後 / 鏡視下手術後 / その他 \_\_\_\_\_
4. 手術診断名: OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 \_\_\_\_\_

#### III 再手術 TKA/UKA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする)

1. 初回手術時について (この項目は、可能であれば記載する)  
 初回手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回手術施設名: \_\_\_\_\_  
 初回手術診断名: OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 \_\_\_\_\_
2. 今回の手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
3. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成) UKA の場合 (内側・外側)
4. 手術回数 (今回の手術を含める): (1、2、3、4、それ以上 \_\_\_\_\_ 回 および不明)
5. 手術の理由: loosening (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / 感染 / 脱臼 / instability / インプラント破損 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / ポリエチレン摩耗 (脛骨・膝蓋骨) / 外傷 / 可動域制限 / その他 \_\_\_\_\_
6. 手術の内容: 抜去のみ (大腿骨抜去 / 脛骨抜去 / 膝蓋骨抜去 / insert 抜去)  
 再置換 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨・insert)  
 抜去したインプラント: \_\_\_\_\_ (商品名)

#### IV 手術手技

1. 手術時間: \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分
2. アプローチ: para-patella / mid-vastus / sub-vastus / lateral / QS
3. minimally invasive technique: なし / あり
4. navigation system: 非使用 / 使用
5. 膝蓋骨置換: 非置換 / 置換
6. セメント: なし / あり / hybrid ~ 使用部分 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨)
7. 抗生剤含有セメント: なし / あり ( \_\_\_\_\_ [抗生剤名] を \_\_\_\_\_ グラム / セメント 1 バック)
8. 骨移植: なし / 一部あり (自家・同種) (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / あり (自家・同種) (大腿骨・脛骨・膝蓋骨)
9. 生体活性材料 (人工骨など) の使用: なし / 一部あり (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / あり (大腿骨・脛骨・膝蓋骨): \_\_\_\_\_ (商品名)  
 (「一部あり」は cyst や小欠損に対する骨移植、「あり」は明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など)
10. 補強部品: なし / あり (augmentation、long stem、その他 \_\_\_\_\_)

該当項目に○、下線部へは記入

送信先 FAX:075-751-8409  
TKA/UKA 登録フォーム 2 (拡大トライアル)

(様式 9)

ARJ 登録病院： \_\_\_\_\_ (施設 ID をお書き下さい)

患者生年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術側： 右 / 左 (両側同日の場合、2 枚作成する)

(フォーム 1 枚目と 2 枚目の文書が同一患者のものであることを確認するために必ず記入すること)

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

大腿骨側

スクリュー

脛骨側

ベースプレート

生体活性材料

インサート

補強部品

膝蓋骨側

その他

セメント

# TKA/UKA 登録フォームの書き方

## TKA/UKA フォーム 1

### I 病院、術者と患者

ARJ 登録病院：\_\_\_\_\_ (施設 ID をお書き下さい)

(事前登録により与えられた記号例：T3)

執刀医イニシャル：(姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

指導医イニシャル：(姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

(事前登録のイニシャルを記入 例：鈴木 二郎 → (姓) S (名) J)

(同一イニシャルの場合： S, J-1, S, J-2 として、事前登録をする)

(執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録用紙を送る)

患者 ID：(同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦)：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生

2. 性別：( 男・女 )

3. 名前 (名前の最初の文字：\_\_\_\_\_ (ひらがな)

(例：山田太郎⇒たろう⇒た、名字ではないので注意)

4. 生まれた場所 (都道府県名：愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入)：\_\_\_\_\_

(例：愛知県 ⇒ 愛知県、中国 ⇒ 国外)

5. 貴院における患者 ID：\_\_\_\_\_ (IDをお書き下さい)

(貴病院での ID 番号を記入 例：98765431)

### II 初回 TKA/UKA

1. 手術年月日 (西暦)：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

2. 手術側：右 / 左 \_\_\_\_\_ UKA の場合 (内側・外側)

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

3. 既往手術：なし / HTO 後 / 鏡視下手術後 / その他 \_\_\_\_\_

4. 手術診断名：OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 \_\_\_\_\_

### III 再手術 TKA/UKA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えした場合とする)

1. 初回手術時について (この項目は、可能であれば記載する)

初回手術年月日 (西暦)：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 初回手術施設名：\_\_\_\_\_

初回手術診断名：OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 \_\_\_\_\_

2. 今回の手術年月日 (西暦)：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

3. 手術側：右 / 左 \_\_\_\_\_ UKA の場合 (内側・外側)

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

4. 手術回数 (今回の手術を含める)：(1、2、3、4、それ以上 \_\_\_\_\_ 回および不明)

(例：UKA 後に抜去し、TKA を行った場合⇒ 1回)

(例：インプラントを抜去後、数回の揺爬するがインプラント設置をしない場合⇒ 1回)

(例：インプラント抜去、数回の揺爬、その後インプラントを設置した場合⇒ 2回)

(揺爬を何度も繰り返してもインプラントを設置しなければ回数に入れない)

(セメントスパーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

5. 手術の理由：loosening (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / 感染 / 脱臼・instability / インプラント破損 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / ポリエチレン摩耗 (脛骨・膝蓋骨) / 外傷 / 可動域制限 / その他 \_\_\_\_\_

6. 手術の内容：抜去のみ (大腿骨抜去 / 脛骨抜去 / 膝蓋骨抜去 / insert 抜去)

再置換 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨・insert)

抜去したインプラント：\_\_\_\_\_ (商品名)

(抜去のみ：インプラントの抜去、一時的インプラントの抜去、insert の抜去)

(セメントスパーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)



#### IV 手術手技

- 1.手術時間：\_\_\_\_\_時間\_\_\_\_\_分
- 2.アプローチ：para-patella / mid-vastus / sub-vastus / lateral / QS
- 3.minimally invasive technique：なし / あり    4.navigation system：非使用 / 使用
- 5.膝蓋骨置換：非置換 / 置換    6.セメント：なし / あり / hybrid ← 使用部分（大腿骨・脛骨・膝蓋骨）
- 7.抗生剤含有セメント：なし / あり（\_\_\_\_\_ [抗生剤名]を \_\_\_\_\_ グラム / セメント 1 バック）  
（例：〇〇〇マイシン [抗生剤名]を \_\_\_\_\_ 1 グラム / セメント 1 バック）
- 8.骨移植：なし / 一部あり（自家・同種）（大腿骨・脛骨・膝蓋骨） / あり（自家・同種）（大腿骨・脛骨・膝蓋骨）
- 9.生体活性材料（人工骨など）の使用：なし / 一部あり（大腿骨・脛骨・膝蓋骨） / あり（大腿骨・脛骨・膝蓋骨）：\_\_\_\_\_（商品名）  
（例：商品名：〇〇〇アバセラガラス）  
（「一部あり」は cyst や小欠損に対する骨移植、「あり」は明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など）
- 10.補強部品：なし / あり（augmentation、long stem、その他 \_\_\_\_\_）

## TKA/UKA フォーム 2

ARJ 登録病院：\_\_\_\_\_（施設 ID をお書き下さい）

（事前登録により与えられた記号例：T3）

患者生年月日（西暦）：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

手術側：右 / 左

（両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい）

#### V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

人工関節登録事務局行  
(京都大学医学部整形外科学教室内)

FAX 075-751-8409

## FAX 送信

年 月 日

下記の登録フォームを送信します

THA フォーム 1 \_\_\_\_\_ 枚

フォーム 2 \_\_\_\_\_ 枚

TKA / UKA フォーム 1 \_\_\_\_\_ 枚

フォーム 2 \_\_\_\_\_ 枚

合計 \_\_\_\_\_ 枚

発信元

貴施設名 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

担当者様 \_\_\_\_\_

## 人工関節登録調査とは

人工関節手術は股関節や膝関節の痛みで歩けなくなった方には大変有効な手術法で、現在わが国でも年間約 10 万人以上の方がこの手術を受けておられます。

この手術は長期間の有効性が期待できますが、10 数年以上にわたる耐用年数を過ぎますと使用しているプラスチック部品の摩耗などのために交換手術が必要となる場合があります。また中には耐用年数以前に、固定部品のゆるみや感染などのため再手術を余儀なくされる方もいます。いずれにしても人工関節手術後は長い年月にわたって定期的な診察を受けていただく事によってはじめて、その人工関節手術が長期間にわたり成功したか否かが明らかになるものです。

人工関節登録調査はこの手術の成績向上を目的として、日本整形外科学会インプラント委員会によって手術の長期間の有効性、信頼性を調査するものです。

調査の方法は、患者さまの生年月日、生まれた都道府県、そして、受けられた人工関節手術の内容、すなわち手術年月日、手術を受けた病院名、担当医師名、使用した人工関節の製品名、ロット番号、人工関節の固定方法など、手術の内容を病院で記録し、インプラント委員会によってデータ登録いたします。

日本中から集められた人工関節手術データを登録し、手術の有効性、問題点、製品の有効性などを分析・検討して今後の手術の向上に役立てます。

このデータには患者さまの個人名は登録されず、ID 番号としてデータ処理されます。またこのデータはインプラント委員会の内部以外では決して閲覧されず、患者さまのいかなるプライバシーも公表されることはありません。一旦、登録されたデータを削除することはできないことを申し添えます。

ご登録いただいた患者さまの手術データは遠い将来まで保存され、もしご自身が将来他の病院で再手術を受ける場合でも、登録調査に参加している病院であれば日本国内のどの病院であっても、患者さまの承諾のもとに今回の手術内容を参照して的確な再手術を受けていただくことができます。登録調査参加病院は日本整形外科学会のホームページ

(<http://www.joa.or.jp>) からご覧になれます。そのため**当病院の診察券は将来まで大切に保管していただくようお願いいたします。**

この人工関節登録調査はあくまでも患者さまの自由意思により参加して頂くものであり、もし登録調査を希望されない場合でも、通常と全く変わりなく人工関節手術を受けることができます。ご不審の点がありましたら担当医よりご説明いたします。

この人工関節登録調査に同意いただける場合は、同意書にご署名いただければ幸いです。

社団法人 日本整形外科学会 インプラント委員会  
連絡先：〒113-8418 東京都文京区本郷 2-40-8

## 同意書

私は社団法人日本整形外科学会インプラント委員会が行う人工関節登録調査の趣旨を理解いたしましたので、私の人工関節手術の内容が社団法人日本整形外科学会インプラント委員会に登録されることに同意いたします。

年 月 日

住所：

患者氏名：

生年月日：(西暦) 年 月 日生

生まれた都道府県名：

代諾者氏名：

(本人との間柄： )

趣旨説明医師名：

手術年月日：(西暦) 年 月 日

病院名：

(この同意書はインプラント委員会には送らず各病院にて保管して下さい)

送信先 FAX:075-751-8409

## Arthroplasty Register of Japan

### THA 事前登録用紙

登録年月日（西暦）：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

病院名：\_\_\_\_\_

代表者氏名：\_\_\_\_\_

連絡先メールアドレス：\_\_\_\_\_

FAX：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

貴院において執刀医、および指導医となる可能性のあるすべての医師のイニシヤル、卒後年数および執刀症例数の概数を記入して下さい。なお、同一イニシヤルの場合には後ろに 1, 2 と番号を追記して下さい。(例：山田太郎 YT)

1. \_\_\_\_\_(卒後 \_\_\_\_\_年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
2. \_\_\_\_\_(卒後 \_\_\_\_\_年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
3. \_\_\_\_\_(卒後 \_\_\_\_\_年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
4. \_\_\_\_\_(卒後 \_\_\_\_\_年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
5. \_\_\_\_\_(卒後 \_\_\_\_\_年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
6. \_\_\_\_\_(卒後 \_\_\_\_\_年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
7. \_\_\_\_\_(卒後 \_\_\_\_\_年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
8. \_\_\_\_\_(卒後 \_\_\_\_\_年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)

人工関節時の手術室の環境：

通常

クリーンルーム (NASA Class 100・1000) , (垂直式・層流式)

クリーンルーム環境は手術毎に異なる

送信先 FAX:075-751-8409  
THA 登録フォーム 1 (拡大トライアル)

I 病院、術者と患者

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

執刀医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_ 指導医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

(事前登録のイニシャルを記入)

(執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録用紙を送る)

患者 ID: (同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

2. 性別: ( 男 ・ 女 )

3. 名前 (名前の最初の文字: 山田太郎ならば名前の「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意): \_\_\_\_\_

4. 生まれた場所 (都道府県名: 愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入): \_\_\_\_\_

5. 貴院における患者 ID: \_\_\_\_\_

II 初回手術 THA

1. 手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)

3. 既往手術: なし / 骨切り術 (股臼側、大腿骨側)、その他 \_\_\_\_\_

4. 手術診断名: 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) /  
その他 \_\_\_\_\_

III 再手術 THA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする)

1. 初回手術時について: (この項目は、可能であれば記載する)

初回手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回手術施設名: \_\_\_\_\_

初回手術診断名: 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 \_\_\_\_\_

2. 今回の手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成)

4. 手術回数 (今回の手術を含める): (1、2、3、4、それ以上 \_\_\_\_\_ 回 および 不明)

5. 手術の理由: aseptic loosening (臼蓋・大腿骨) / 感染 / インプラント破損 (臼蓋・大腿骨) / ポリエチレンの摩耗 / Osteolysis (臼蓋・大腿骨) / 骨折 (臼蓋・大腿骨) / 脱臼・instability その他 \_\_\_\_\_

6. 手術の内容: 抜去のみ / 再置換術 (股臼側、大腿骨側、insert、骨頭)

抜去したインプラント名: \_\_\_\_\_

IV 手術手技

1. 手術時間: \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分 2. アプローチ: 前方 / 側方 / 後方 / その他 \_\_\_\_\_

3. 大転子: 非切離 / 一部切離 / 切離 4. minimally invasive technique: なし / あり

5. navigation system: 非使用 / 使用

6. セメント: なし / あり / Hybrid ← 使用部位 (臼蓋・大腿骨)

7. 抗生剤含有セメント: なし / あり ( \_\_\_\_\_ [抗生剤名] を \_\_\_\_\_ グラム / セメント 1 パック)

8. 骨移植: なし / 一部あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨) / あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨)

9. 生体活性材料 (人工骨など) の使用:

なし / 一部あり (臼蓋・大腿骨) / あり (臼蓋・大腿骨): 商品名 \_\_\_\_\_

(一部ありは cyst や小欠損に対する骨移植、ありは明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など )

10. 補強部品: なし / あり (augmentation, plate, mesh, その他 \_\_\_\_\_) (臼蓋・大腿骨)

該当項目に○、下線部へは記入

送信先 FAX:075-751-8409  
THA 登録フォーム 2 (拡大トライアル)

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

患者生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)  
(フォーム1枚目と2枚目の文書が同一患者のものであることを確認するために必ず記入すること)

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

股臼側

インナー

スクリュー

アウター (カップ)

大腿骨側

ステム

生体活性材料

骨頭

補強部品

セメント

その他(セメントプラグなど)

該当項目に○、下線部へは記入

送信先 FAX:075-751-8409  
THA 登録フォーム 2 (拡大トライアル)

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID) フォーム1送信日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
患者生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)  
(フォーム1枚目と2枚目の文書が同一患者のものであることを確認するために必ず記入すること)

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

股臼側

インナー

スクリュー

アウター (カップ)

大腿骨側

ステム

生体活性材料

骨頭

補強部品

セメント

その他(セメントプラグなど)

該当項目に○、下線部へは記入



送信先 FAX:075-751-8409  
THA 登録フォーム 1 (拡大トライアル)

I 病院、術者と患者

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

(事前登録により与えられた記号 例:T3)

執刀医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

指導医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

(事前登録のイニシャルを記入 例:鈴木 二郎 → (姓) S (名) J)

(同一イニシャルの場合: S, J-1, S, J-2 として、事前登録をする)

(執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録する)

患者 ID: (同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

2. 性別: ( 男 ・ 女 )

3. 名前 (名前の最初の文字): \_\_\_\_\_

(例: 山田太郎 ⇒ たろう ⇒ た、名字ではないので注意)

4. 生まれた場所 (都道府県名: 愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入): \_\_\_\_\_

(例: 愛知県 ⇒ 愛知県、 中国 ⇒ 国外 )

5. 貴院における患者 ID: \_\_\_\_\_

(貴病院での ID 番号を記入 例: 98765431 )

II 初回手術 THA

1. 手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 手術側: 右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

3. 既往手術: なし / 骨切り術 (股臼側、大腿骨側)、その他 \_\_\_\_\_

(骨切り術: 骨に操作を加えた関節温存手術のこと、穿孔術はその他に記入)

4. 手術診断名: 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) /

その他 \_\_\_\_\_

III 再手術 THA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えした場合とする)

1. 初回手術時について: (この項目は、可能であれば記載する)

初回手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回手術施設名: \_\_\_\_\_

初回手術診断名: 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 \_\_\_\_\_

2. 今回の手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 手術側: 右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

該当項目に○、下線部へは記入

4. 手術回数 (今回の手術を含める): (1、2、3、4、それ以上\_\_\_\_回 および 不明)

(例: 人工骨頭を抜去し、人工股関節置換術を行った場合⇒ 1回)

(例: インプラントを抜去後、数回の搔爬するがインプラント設置をしない場合⇒ 1回)

(例: インプラント抜去し一時的インプラントを設置、その後インプラントを設置した場合⇒ 2回)

(例: インプラント抜去し一時的インプラントを設置、一時的のインプラント抜去、インプラント  
を設置した場合⇒ 3回)

(搔爬を何度も繰り返してもインプラントを設置しなければ回数に入れない)

(セメントスパーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

5. 手術の理由: aseptic loosening (臼蓋・大腿骨) / 感染 / インプラント破損 (臼蓋・大腿骨) /  
ポリエチレンの摩耗 / Osteolysis (臼蓋・大腿骨) / 骨折 (臼蓋・大腿骨) / 脱臼・instability  
その他\_\_\_\_\_

6. 手術の内容: 抜去のみ / 再置換術 (股臼側、大腿骨側、insert、骨頭)

(抜去のみ: インプラントの抜去、一時的のインプラントの抜去、insert の抜去)

(セメントスパーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

抜去したインプラント名: \_\_\_\_\_

(例: ○○○社製 △△△セメントステム、×××セメントレスカップ)

#### IV 手術手技

1. 手術時間: \_\_\_\_\_時間\_\_\_\_\_分

2. アプローチ: 前方 / 側方 / 後方 , その他\_\_\_\_\_

(Trans-femoral はその他に入れる)

3. 大転子: 非切離 / 一部切離 / 切離

(一部切離とは、中小腱筋が遠位骨片に付着あり)

4. minimally invasive technique: なし / あり

5. navigation system: 非使用 / 使用

6. セメント: なし / あり / Hybrid ← 使用部位 (臼蓋・大腿骨)

7. 抗生剤含有セメント: なし / あり ( \_\_\_\_\_ [抗生剤名] を \_\_\_\_\_ グラム / セメント1パック)

(例: ○○○マイシン 『抗生剤名を 1 グラム / セメント1パック』)

8. 骨移植: なし / 一部あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨) / あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨)

9. 生体活性材料 (人工骨など) の使用: なし / 一部あり (臼蓋・大腿骨) / あり (臼蓋・大腿骨)

: 商品名: \_\_\_\_\_

(例: 商品名: ○○○アバセラガラス )

(一部ありは cyst や小欠損に対する骨移植、ありは明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など)

10. 補強部品: なし / あり (augmentation, plate, mesh, その他 \_\_\_\_\_) (臼蓋・大腿骨)

送信先 FAX:075-751-8409  
THA 登録フォーム 2 (拡大トライアル)

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

(事前登録により与えられた記号 例: T3)

患者生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術側: 右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

# THA

## 1. 病院、術者と患者

登録病院  (施設IDを入力)

執刀医イニシャル  (半角大文字で入力(姓)(名)の間は1文字あける)

指導医イニシャル  (半角大文字で入力(姓)(名)の間は1文字あける)

患者ID (同意書に記入されたものを参照すること)

生年月日  (西暦)

性別

名前  (名前の最初の文字:山田太郎ならば名前の「たろう」の「た」を入力、  
名字ではないので注意)

生まれた場所  (都道府県名:愛知県など、国外の場合には、「国外」と入力)

登録病院での患者ID  (IDを入力 ハイフンは入れない)

## 2. 初回手術THA

手術年月日  (西暦)                      年齢  (自動計算)

手術側  (両側同日の場合、2枚作成する)

既往手術  なし  骨切り術(股臼側)  骨切り術(大腿骨側)  その他

その他の場合

(骨切り術:骨に操作を加えた関節温存手術のこと、穿孔術はその他に記入)

手術診断名

その他の場合

## 3. 再手術THA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えした場合とする)

初回手術時について:(この項目は可能であれば記載する)

初回手術年月日  (西暦)

初回手術施設名

初回手術診断名

その他の場合

今回の手術年月日  (西暦)                      年齢  (自動計算)

手術側  (両側同日の場合、2枚作成する)

手術回数  回 (今回の手術回数を含める)

(例:人工骨頭を抜去し、人工股関節置換術を行った場合 ⇒ 1回)

(例:インプラント抜去後、数回の搔爬するがインプラント設置をしない場合 ⇒ 1回)

(例:インプラント抜去し一時的インプラントを設置、その後インプラントを設置した場合  
⇒ 2回)