

(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)

(セメントスペーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

手術の理由	<input type="checkbox"/> aseptic loosening(臼蓋)	<input type="checkbox"/> インプラント破損(臼蓋)	<input type="checkbox"/> Osteolysis(臼蓋)
	<input type="checkbox"/> aseptic loosening(大腿骨)	<input type="checkbox"/> インプラント破損(大腿骨)	<input type="checkbox"/> Osteolysis(大腿骨)
	<input type="checkbox"/> 感染	<input type="checkbox"/> ポリエチレンの磨耗	<input type="checkbox"/> 骨折(臼蓋)

その他の場合

手術の内容 抜去のみ 再置換術(股臼側) 再置換術(大腿骨側) 再置換術(insert)

(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)

抜去したインプラント名を下記に入力

	インナー(インサート)	アウター(カップ)
股臼側	メーカー名 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	商品名 <input type="text"/>	<input type="text"/>
大腿骨側	メーカー名 <input type="text"/>	その他
	商品名 <input type="text"/>	
骨頭	メーカー名 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	商品名 <input type="text"/>	<input type="text"/>

4. 手術手技

手術時間 時間 分 分間 (自動計算されます)

アプローチ その他の場合

(Trans-femoralは“その他”に入れる)

大転子 (一部切離とは、中小殿筋が遠位骨片に付着あり)

minimally invasive technique

navigation system

セメント 使用部位 臼蓋 大腿骨 (Hybrid使用時のみチェックを入れる)

抗生剤含有セメント

抗生剤名 量 グラム/セメント1パック

骨移植

生体活性材料の使用 (「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 impactio bone graft など)

使用した商品名を下記に入力 コンポーネントラベルはフォーム2に貼り郵送またはFAXして下さい

メーカー名

商品名

補強部品

使用した商品名を下記に入力 コンポーネントラベルはフォーム2に貼り郵送またはFAXして下さい

メーカー名

商品名

受信した際の枚数確認のため、必ずFAX送信状を送付してください

送信先 FAX:075-751-8409

Arthroplasty Register of Japan

TKA/UKA 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 (←29) (30←99) (100←)
2. _____(卒後 _____年) : 執刀症例 (←29) (30←99) (100←)
3. _____(卒後 _____年) : 執刀症例 (←29) (30←99) (100←)
4. _____(卒後 _____年) : 執刀症例 (←29) (30←99) (100←)
5. _____(卒後 _____年) : 執刀症例 (←29) (30←99) (100←)
6. _____(卒後 _____年) : 執刀症例 (←29) (30←99) (100←)
7. _____(卒後 _____年) : 執刀症例 (←29) (30←99) (100←)
8. _____(卒後 _____年) : 執刀症例 (←29) (30←99) (100←)

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

(事前登録したイニシャルを記入)

(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 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枚作成する) 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 パック)
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)

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

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

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)

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

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

該当項目に○、下線部へは記入

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)

(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): _____

(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 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、数回の揺擺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、数回の揺擺、その後インプラントを設置した場合 ⇒ 2回)

該当項目に○、下線部へは記入

(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)

(セメントスペーサーの抜去は、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)
(セメントスペーサーの抜去は、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・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: ○○○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 _____)

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)

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

該当項目に○、下線部へは記入

TKA/UKA

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 (患者ID ハイフンは入れない)

2. 初回TKA/UKA

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) UKAの場合
既往手術
その他の場合
手術診断名
その他の場合

3. 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)

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) UKAの場合
手術回数 回(今回の手術回数を含める)

(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、数回の搔爬をするがインプラントを設置しない場合 ⇒ 1回)

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

手術の理由 loosening(大腿骨) 感染 インプラント破損(脛骨)
 loosening(脛骨) 脱臼・instability インプラント破損(膝蓋骨)
 loosening(膝蓋骨) インプラント破損(大腿骨) ポリエチレン磨耗(脛骨)

その他の場合

手術の内容 抜去のみ(大腿骨抜去) 抜去のみ(insert抜去)
 抜去のみ(脛骨抜去) 再置換(大腿骨)
 抜去のみ(膝蓋骨抜去) 再置換(脛骨)

(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)

抜去したインプラント名を下記に入力

大腿骨側 メーカー名
商品名

ベースプレート

インサート

脛骨側 メーカー名
商品名

その他

膝蓋骨側 メーカー名
商品名

4. 手術手技

手術時間 時間 分 分間 (自動計算)

アプローチ

minimally invasive technique

navigation system

膝蓋骨置換

セメント 使用部分 大腿骨 脛骨 膝蓋骨 (Hybrid使用時のみチェックを入れる)

抗生剤含有セメント

抗生剤名 量 グラム/セメント1パック

骨移植

生体活性材料の使用 (「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)

使用した商品名を下記に入力 コンポーネントラベルはフォーム2に貼り郵送またはFAXして下さい

メーカー名
商品名

補強部品

使用した商品名を下記に入力 コンポーネントラベルはフォーム2に貼り郵送またはFAXして下さい

メーカー名

商品名

受信した際の枚数確認のため、必ずFAX送信状を送付してください

人工関節登録事務局行

FAX 075-751-8409

(京都大学医学部整形外科学教室内)

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 _____

人工関節登録資料

THA

初回手術	平均年齢		63.3 歳		
	平均手術時間		115 分		
	性別	男		140	
		女		897	
		不明		1	1038
	手術側	右		539	
		左		499	
	既往手術	なし		833	
		(複数回答) 骨切り(股臼側)		40	
		骨切り(大腿骨側)		76	
		その他		54	
	手術診断名	一次性 OA		192	18.50%
		(複数回答) 亜脱臼性 OA		622	59.92%
		ION		98	9.44%
		外傷		19	1.83%
		RA(RA 類似疾患含む)		53	5.11%
その他			63	6.07%	
OA			1	0.10%	
再手術	平均年齢		69.1 歳		
	平均手術時間		196 分		
	性別	男		26	
		女		113	
手術側	右		54		

	左	80	
	未記入	5	
初回手術診断名	一次性 OA	10	
	亜脱臼性 OA	79	
	ION	11	
	外傷	19	
	RA(RA 類似疾患含む)	7	
	その他	3	
	OA	2	
	不明	8	
	手術回数	1 回	57
		2 回	57
3 回		16	
4 回		4	
5 回		2	
7 回		1	
9 回		1	
不明		1	
再手術の理由 (複数回答)		aseptic loosening(臼蓋)	59
	aseptic loosening(大腿骨)	51	
	感染	25	
	インプラントの破損(臼蓋)	6	
	インプラントの破損(大腿骨)	1	
	ポリエチレンの磨耗	21	
	Osteolysis(臼蓋)	22	
	Osteolysis(大腿骨)	20	
	骨折(臼蓋)	3	
	骨折(大腿骨)	8	
	脱臼・instability	12	
	その他	6	

	再手術の内容 (複数回答)	抜去のみ	5	
		再置換術(股臼側)	102	
		再置換術(大腿骨側)	100	
		再置換術(insert)	32	
		再置換術(骨頭)	17	
手術手技	アプローチ (複数回答)	前方	20	1.70%
		側方	642	54.55%
		後方	517	43.93%
	大転子	非切離	726	
		一部切離	392	
		切離	54	
		未記入	5	
	minimally (途中から追加 された項目)	なし	742	
		あり	149	
		未記入	24	
	navigation (途中から追加 された項目)	非使用	854	
		使用	12	
		未記入	24	
	セメント	なし	533	45.3%
		あり	609	51.7%
		hybrid	35	3.0%
		(内 臼蓋)	(2)	
		(内 大腿骨)	(33)	
	抗生剤含有セメント	なし	672	
		あり	505	
	骨移植 (複数回答)	なし	592	50.3%
		一部あり 自家骨 臼蓋	177	
		一部あり 自家骨 大腿骨	36	
一部あり 同種骨 臼蓋		16		
一部あり 同種骨 大腿骨		9		

		あり 自家骨 臼蓋	451
		あり 自家骨 大腿骨	60
		あり 同種骨 臼蓋	97
		あり 同種骨 大腿骨	60
生体活性材料		なし	1122
	(複数回答)	一部あり 臼蓋	34
		一部あり 大腿骨	2
		あり 臼蓋	48
		あり 大腿骨	8
		未記入	1
補強部品		なし	1063
	(複数回答)	あり 臼蓋	85
		あり 大腿骨	35
		未記入	1

TKA (UKA 含む)

初回手術	平均年齢		72.1 歳	
	平均手術時間		114 分	
	性別	男		143
		女		805
	手術側	右		485
		左		463
	既往手術	なし		884
		HTO 後		11
		鏡視下手術後		33
		(内 UKA 内側)		(5)
		その他		19
		未記入		1
	診断名 (複数回答)	OA		721
		RA または RA 類似疾患		172
		ION		49
外傷			3	
シャルコー関節			2	
その他			5	
再手術	平均年齢		73.0 歳	
	平均手術時間		155 分	
	性別	男		12
		女		50
	手術側	右		32
		左		26
		未記入		4

初回診断名	OA	38
	RA または RA 類似疾患	18
	ION	2
	外傷	1
	シャルコー関節	0
	その他	2
	未記入	1
	手術回数	
	1 回	32
	2 回	22
	3 回	7
	4 回	1
再手術の理由 (複数回答)	loosening (大腿骨)	12
	loosening (脛骨)	13
	loosening (膝蓋骨)	2
	感染	25
	脱臼・instability	9
	インプラント破損(大腿骨)	1
	インプラント破損(脛骨)	2
	インプラント破損(膝蓋骨)	2
	ポリエチレンの磨耗(脛骨)	11
	ポリエチレンの磨耗(膝蓋骨)	3
	外傷	3
	可動域制限	1
	その他	4
	再手術の内容 (複数回答)	抜去のみ(大腿骨)
抜去のみ(脛骨)		12
抜去のみ(膝蓋骨)		10
抜去のみ(insert)		11
再置換(大腿骨)		31
再置換(脛骨)		32

		再置換(膝蓋骨)	21
		再置換(insert)	36
手術手技	アプローチ (複数回答)	para-patella	533
		mid-vastus	411
		sub-vastus	13
		lateral	8
		QS	46
		その他	0
		minimally	なし
		あり	314
	navigation	非使用	959
		使用	49
		未記入	2
	膝蓋骨置換	非置換	264
		置換	745
		未記入	1
	セメント	なし	47
		あり	924
		hybrid	33
		(複数回答)	(大腿骨) (3)
			(脛骨) (27)
			(膝蓋骨) (31)
		未記入	5
	不明	1	
	抗生剤含有セメント	なし	578
あり		431	
未記入		1	
骨移植 (複数回答)	なし	857	
	一部あり 自家骨 大腿骨	95	
	一部あり 自家骨 脛骨	99	