

## 小児気道狭窄に関する全国実施調査（一次調査）

貴施設名 ( )  
 回答者ご氏名 ( )  
 e-mail アドレス ( )

Q1: 2009年1月1日から 2013年12月31日までの間に、貴院において内視鏡で診断された小児気道狭窄<sup>(注)</sup>の症例はありましたか？

(注) 本研究で対象とされる小児気道狭窄とは、以下の4項目をすべて満たす場合とします。

1. 気道狭窄による呼吸困難の症状が必ずある
  2. 気管内挿管、気管切開、鼻咽頭エアウェイなどの管理が必要である
  3. 2週間以上の人工呼吸管理や酸素療法を受けた事がある
  4. 通常の手術で軽快する疾患は除外する（例：扁桃摘出など術後1週間程度で完治する疾患）
- \*神経性疾患による中枢性呼吸障害、腫瘍性疾患は除外する

あった       なかった

症例は何例ありましたか？

咽頭狭窄症（小顎症・顔面形成異常等）	( )	例
喉頭狭窄症（声門上・声門・声門下狭窄）	( )	例
気管・気管支狭窄症	( )	例
気管・気管支軟化症	( )	例

Q2: Q1 でご回答いただいた症例のうち、小児気道狭窄の治療として、外科的治療（気管切開や狭窄に対する直接的な治療）や鼻咽腔エアウェイ留置などを行った症例数は何例ですか？

咽頭狭窄症	( )	例
喉頭狭窄症	( )	例
気管・気管支狭窄症	( )	例
気管・気管支軟化症	( )	例

Q3: 今後行う予定の症例調査票による二次調査（疫学調査）にご協力いただけますか？

協力できる       協力できない

\*登録の重複を防ぐため、貴院で治療された症例のみで調査ご協力をお願いいたします。

今回の調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました。

# 小児気道狭窄に関する全国実態調査二次調査の手引き

## 1. 症例の対象者と非対象者

### (1) 二次調査の対象者（次の症例が対象者です）

- 1) 2009 年 1 月 1 日から 2013 年 12 月 31 日までの間に貴院において内視鏡で診断された小児気道狭窄症である。
- 2) 気道狭窄による呼吸困難の症状が必ずある。
- 3) 気管内挿管の管理、気管切開、鼻咽頭エアウェイ等の管理を要する。
- 4) 2 週間以上の人工呼吸管理や酸素療法を受けた事がある。
- 5) 診断時に 16 歳未満である。

### (2) 二次調査の非対象者（次のような症例は対象者ではありません）

- 1) 通常の手術で軽快する疾患。＊扁桃摘出など術後 1 週間程度の入院で完治する疾患。
- 2) 神経性疾患による中枢性呼吸障害。
- 3) 腫瘍性疾患。

## 2. 倫理委員会（IRB）での承認について

本調査は、診療録に基づいた後方視的疫学調査であり、介入試験ではありません。二次調査にあたっては、研究実施 4 施設の倫理委員会（IRB）の承認を得ておりますので、個々の調査実施施設（研究協力施設）での IRB への申請や承認は不要と考えています。しかし、施設によっては、独自に IRB での承認を必要と考える場合もありますので、もしご不明の場合は、それぞれの施設の IRB にお問い合わせ下さい。

## 3. 連結可能匿名化

本調査では、連結可能匿名化を行うために、症例ごとに施設内管理番号を付けていただき、症例調査票には管理番号のみ記載していただきます。同封しましたカルテ番号対応表に、管理番号と症例の情報を記録し、責任医師が各施設で厳重に管理して下さい。（事務局・データセンターには送付しないで下さい。）なお、症例について、後日施設内管理番号を用いて問い合わせを行うことがありますので、カルテ番号対応表は大切に保管して下さい。

## 4. 症例調査票（CRF）

症例調査票は、4 疾患共通ページ（6 ページ）と、疾患別（各疾患毎 4 ページ）からなります。一度データセンターにお送りいただいた調査票について返却はできませんので、ご送付される前に、必ずコピーをお取り下さい。一次調査の際にご報告いただいた症例数に基づいて症例調査票をお送りしていますが、もし足りない場合は、データセンターまでご連絡下さればお送りします。また、未使用分をコピーしてご記入いただいても結構です。

## 5. 研究実施計画書

この全国実態調査に関する研究実施計画書は、同封いたしておりませんが、ご覧になりたい方や IRB の申請等で必要な方は、データセンターへご連絡ください。PDF ファイルまたは郵送にて送付させていただきます。

## 6. データクリーニングについて

お送りいただいた症例調査票（CRF）に、空欄の項目があった場合や、他の項目との矛盾が生じるような回答があった場合（例：生年月日より、退院日の方が早いなど）は、データクリーニングのために、ご記入いただいた先生に再度お問い合わせをさせていただくことがあります。問い合わせの必要がないよう、できるだけ空欄での回答は避けて下さい。

## 7. 不明項目の取り扱い

診療記録を調べても不明の調査項目があった場合、調査票に「不明」のチェック欄があれば必ず「不明」にチェックして下さい。また「不明」のチェック欄がなくても、診療記録がなく、空欄とせざるを得ない場合は、調査項目欄に大きく斜線を引いて下さい。

(空欄のままの場合は、データお問い合わせの対象となります。「不明」や「斜線」の項目については、データのお問い合わせはいたしません。)

## 8. 謝金について

診療録に基づいて、症例調査票にデータをご記入していただく先生には、大変貴重なお時間を頂くことになります。些少ではございますが、ご記入いただいた先生に、1 調査票あたり 2,000 円分のクオカードを、後日送らせて頂きます。

対象となる先生は、調査票表紙にお名前のある先生です。

## 10. 症例調査票 (CRF) の締め切り

症例調査票送付の締め切りは、平成 26 年 10 月 31 日とさせていただきます。これより送付が遅くなる場合、事前にデータセンター (puhypo@jcrac.ac) へご連絡ください。

## 11. お問い合わせ

症例調査票や、その他本研究に関してご不明な点がございましたら、下記まで、お気軽にお電話かメールにてお問い合わせ下さい。

### お問い合わせ先 (研究事務局)

〒654-0081 神戸市須磨区高倉台 1-1-1

兵庫県立こども病院 小児外科 前田貢作 (研究代表者)

TEL : 078-382-6961

E-mail : komaeda\_kch@hp.pref.hyogo.jp

### 症例調査票についてのお問い合わせ・症例調査票 (CRF) 送付先

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1

独) 国立国際医療研究センター JCRAC データセンター 担当 : 山原・舘尾

TEL:03-5287-5121, FAX:03-5287-5126

E-mail : puhypo@jcrac.ac

厚生労働省科学研究費補助金・難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）

## 気道狭窄に関する全国実態調査

### 2 次調査票

Ver 1.0 2014/9/18

施設名			
施設内管理番号 カルテ番号は書かないでください。	-		
調査票作成日	20	年	月 日
調査票記載者		科	
(記載不要) データセンター記入欄	-A-		

#### 注意事項

- ・記入後は必ずコピーをとり、各施設で保管してください。
- ・日付は西暦でご記入ください。（例 2010/1/1）
- ・ペンまたはボールペンで記入ください。
- ・該当する項目の口には☑または○を付けてください。
- ・「複数選択」と書いていない場合は一つだけ選択してください。
- ・記入するデータのない用紙を除かないでください。
- ・記入するデータのない欄、ページには斜線を引いてください。
- ・被験者の ID や氏名など個人を特定できる情報は記載しないでください。
- ・欄外のコメントはデータとして取扱いません。
- ・他院で処置された症例は省いてください。

4 疾患共通	STUDY-ID	-A-
--------	----------	-----

選択基準
------

適格基準		
1. 2009年1月1日から2013年12月31日までの間に、内視鏡で診断された小児気道狭窄である。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. 気道狭窄による呼吸困難の症状が必ずある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 気管内挿管の管理、気管切開、鼻咽頭エアウェイ等の管理を要する。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4. 2週間以上の人工呼吸管理や酸素療法を受けた事がある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 診断時に16歳未満である。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

\*適格基準で「いいえ」がある場合は、組み入れになりません。

除外基準		
1. 通常の手術で軽快する疾患 *扁桃摘出など術後1週間程度の入院で完治する疾患。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. 神経性疾患による中枢性呼吸障害。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 腫瘍性疾患。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

\*除外基準で「はい」がある場合は、組み入れになりません。

DC	Receive1( )	Check1( )	Check2( )	Input1( )	Input2( )
記入	Conform( )	Query( )	Receive2( )	Check3( )	Input3( )
欄	Conform( )	Fix( )	memo		

4 疾患共通	STUDY-ID	-A-
--------	----------	-----

## ①-1 患者背景

出生日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
疾患分類 注1)	<input type="checkbox"/> 咽頭狭窄症 <input type="checkbox"/> 喉頭狭窄症 <input type="checkbox"/> 気管・気管支狭窄症 <input type="checkbox"/> 気管・気管支軟化症
発生時期	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 後天性 <input type="checkbox"/> 不明
疾患の診断日	年 月 日
診断方法 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> その他
診断方法・その他詳細	
出生前診断の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
治療後再入院の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
再入院の回数	* 本疾患に関連して入院した回数 (調査期間外も含む) <input type="checkbox"/> 5回未満 <input type="checkbox"/> 5回以上 10回未満 <input type="checkbox"/> 10回以上

注1) 疾患分類について:

- 喉頭軟化症は、喉頭狭窄に含めて下さい。
- 声門下狭窄は、喉頭狭窄に含めて下さい。
- 血管輪は、気管・気管支軟化症に含めて下さい。
- 喉頭狭窄と気管軟化症などの重複例は症状の重い方 (外科処置を加えた方) に登録してください。

4 疾患共通	STUDY-ID	-A-
--------	----------	-----

## ①-2 出生時所見

在胎週数	週
出生時体重	g
Apgar score 1 分	点
Apgar score 5 分	点
挿管の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
合併奇形の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
合併奇形の選択項目 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 消化器系 <input type="checkbox"/> 循環器系 <input type="checkbox"/> 腎泌尿器系 <input type="checkbox"/> 神経系 <input type="checkbox"/> 頭蓋顔面奇形
染色体異常の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
染色体異常ありの場合、その詳細	

## ①-3 症状

症状 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 (抜管困難を含む) <input type="checkbox"/> 頻呼吸・努力呼吸 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 喘鳴 (鼻閉音を含む) <input type="checkbox"/> 体重増加不良 <input type="checkbox"/> その他
---------------	---

4 疾患共通	STUDY-ID	-A-
--------	----------	-----

## ①-4 合併する機能障害

体重増加不良の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
精神運動発達障害の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
てんかん・痙攣の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

## ①-5 在宅医療

現在の気管切開継続の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
気管切開施行日	年	月 日
気管カニューレ抜去日	年	月 日
在宅人工呼吸療法（HMV） の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
在宅酸素療法の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
経口以外の栄養管理の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
以外の栄養管理 ・ありの場合	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養



4 疾患共通	STUDY-ID	-A-
--------	----------	-----

## ①-6 生命予後

症状の再発の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
最終生存確認日	年	月	日
転帰	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明		
死因	<input type="checkbox"/> 原疾患による <input type="checkbox"/> 合併症による <input type="checkbox"/> 他疾患による <input type="checkbox"/> なんらかの事故 <input type="checkbox"/> 不明		

咽頭狭窄は 7 ページへ

喉頭狭窄は 11 ページへ

気管・気管支狭窄は 15 ページへ

気管・気管支軟化は 19 ページへ

咽頭狭窄	STUDY-ID	-A-
------	----------	-----

## ② 重症度

狭窄部位 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 上咽頭 <input type="checkbox"/> 中咽頭 <input type="checkbox"/> 下咽頭
基礎疾患 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 小顎症 <input type="checkbox"/> 頭蓋顔面奇形 <input type="checkbox"/> 口蓋裂 <input type="checkbox"/> 頭蓋骨早期癒合 <input type="checkbox"/> 骨系統疾患 <input type="checkbox"/> 軟骨形成不全 <input type="checkbox"/> その他
人工呼吸管理の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人工呼吸管理の実施期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヵ月以上 <input type="checkbox"/> それ以上
酸素療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
酸素療法の実施期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヵ月以上 <input type="checkbox"/> それ以上
呼吸の種類	<input type="checkbox"/> 陥没呼吸 <input type="checkbox"/> 努力呼吸 <input type="checkbox"/> 頻呼吸 <input type="checkbox"/> 下顎呼吸 <input type="checkbox"/> 不明

## ③ 治療

初期治療法 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> CPAP (BIPAP) <input type="checkbox"/> その他
治療後の呼吸状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変







喉頭狭窄	STUDY-ID	-A-
------	----------	-----

## ② 重症度

狭窄部位（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 声門上 <input type="checkbox"/> 声門 <input type="checkbox"/> 声門下
狭窄の程度 （Cotton-Myer 分類）	<input type="checkbox"/> grade I （0%～50%の狭窄） <input type="checkbox"/> grade II （51%～70%の狭窄） <input type="checkbox"/> grade III （71%～99%の狭窄） <input type="checkbox"/> grade IV （完全閉塞） <input type="checkbox"/> 分類不能（声門下～気管の狭窄の場合）
人工呼吸管理の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人工呼吸管理の実施期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヵ月以上 <input type="checkbox"/> それ以上
酸素療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
酸素療法の実施期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヵ月以上 <input type="checkbox"/> それ以上
呼吸の種類	<input type="checkbox"/> 陥没呼吸 <input type="checkbox"/> 努力呼吸 <input type="checkbox"/> 頻呼吸 <input type="checkbox"/> 下顎呼吸 <input type="checkbox"/> 不明

## ③ 治療

初期治療法	<input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他
治療後の呼吸状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変

喉頭狭窄	STUDY-ID	-A-
------	----------	-----

## ④ 手術—1回目

手術の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
手術適応	<input type="checkbox"/> 本疾患による手術 <input type="checkbox"/> 合併症による手術
手術実施日	年      月      日
手術アプローチ	<input type="checkbox"/> 経口腔的 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他
術式（複数選択可）	経口腔的アプローチによる術式（複数選択可） <input type="checkbox"/> 声門上部形成術 <input type="checkbox"/> 声帯横隔膜切除術 <input type="checkbox"/> 輪状後部形成術 <input type="checkbox"/> 披裂軟骨切除術 <input type="checkbox"/> 声帯外方移動術（Einell 法） <input type="checkbox"/> スtent留置 <input type="checkbox"/> 肋軟骨移植 <input type="checkbox"/> レーザーによる蒸散 <input type="checkbox"/> その他  頸部アプローチによる術式（複数選択可） <input type="checkbox"/> 気管切開術 <input type="checkbox"/> 喉頭截開術 <input type="checkbox"/> 輪状軟骨前方切開術（気管までの切開も含む） <input type="checkbox"/> 輪状軟骨後方切開術 <input type="checkbox"/> 喉頭気管前壁再建術 <input type="checkbox"/> 輪状軟骨気管切除術（端々吻合も含む） <input type="checkbox"/> スtent留置 <input type="checkbox"/> 肋軟骨移植 <input type="checkbox"/> その他
転帰	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変
根治度	<input type="checkbox"/> 根治術 <input type="checkbox"/> 姑息術
術中合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
術中合併症・ありの詳細	
術後合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
術後合併症・ありの詳細	

喉頭狭窄	STUDY-ID	-A-
------	----------	-----

## ④ 手術—2 回目

手術の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
手術適応	<input type="checkbox"/> 本疾患による手術 <input type="checkbox"/> 合併症による手術
手術実施日	年                  月                  日
手術アプローチ	<input type="checkbox"/> 経口腔的 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他
術式（複数選択可）	経口腔的アプローチによる術式（複数選択可） <input type="checkbox"/> 声門上部形成術 <input type="checkbox"/> 声帯横隔膜切除術 <input type="checkbox"/> 輪状後部形成術 <input type="checkbox"/> 披裂軟骨切除術 <input type="checkbox"/> 声帯外方移動術（Ejnell 法） <input type="checkbox"/> スtent留置 <input type="checkbox"/> 肋軟骨移植 <input type="checkbox"/> レーザーによる蒸散 <input type="checkbox"/> その他  頸部アプローチによる術式（複数選択可） <input type="checkbox"/> 気管切開術 <input type="checkbox"/> 喉頭截開術 <input type="checkbox"/> 輪状軟骨前方切開術（気管までの切開も含む） <input type="checkbox"/> 輪状軟骨後方切開術 <input type="checkbox"/> 喉頭気管前壁再建術 <input type="checkbox"/> 輪状軟骨気管切除術（端々吻合も含む） <input type="checkbox"/> スtent留置 <input type="checkbox"/> 肋軟骨移植 <input type="checkbox"/> その他
転帰	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変
根治度	<input type="checkbox"/> 根治術 <input type="checkbox"/> 姑息術
術中合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
術中合併症・ありの詳細	
術後合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
術後合併症・ありの詳細	



喉頭狭窄	STUDY-ID	-A-
------	----------	-----

④ 手術—3 回目

手術の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
手術適応	<input type="checkbox"/> 本疾患による手術 <input type="checkbox"/> 合併症による手術
手術実施日	年                  月                  日
手術アプローチ	<input type="checkbox"/> 経口腔的 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他
術式（複数選択可）	<p>経口腔的アプローチによる術式（複数選択可）</p> <input type="checkbox"/> 声門上部形成術 <input type="checkbox"/> 声帯横隔膜切除術 <input type="checkbox"/> 輪状後部形成術 <input type="checkbox"/> 披裂軟骨切除術 <input type="checkbox"/> 声帯外方移動術（Ejnell 法） <input type="checkbox"/> スtent留置 <input type="checkbox"/> 肋軟骨移植 <input type="checkbox"/> レーザーによる蒸散 <input type="checkbox"/> その他
	<p>頸部アプローチによる術式（複数選択可）</p> <input type="checkbox"/> 気管切開術 <input type="checkbox"/> 喉頭截開術 <input type="checkbox"/> 輪状軟骨前方切開術（気管までの切開も含む） <input type="checkbox"/> 輪状軟骨後方切開術 <input type="checkbox"/> 喉頭気管前壁再建術 <input type="checkbox"/> 輪状軟骨気管切除術（端々吻合も含む） <input type="checkbox"/> スtent留置 <input type="checkbox"/> 肋軟骨移植 <input type="checkbox"/> その他
転帰	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変
根治度	<input type="checkbox"/> 根治術 <input type="checkbox"/> 姑息術
術中合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
術中合併症・ありの詳細	
術後合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
術後合併症・ありの詳細	

3 回以上手術をされた場合は、この用紙をコピーしてご記載ください。

ご協力ありがとうございました。

気管・気管支狭窄	STUDY-ID	-A-
----------	----------	-----

## ② 重症度

気管狭窄の長さ	<input type="checkbox"/> 30%未満 <input type="checkbox"/> 30~70% <input type="checkbox"/> 70%以上
狭窄部位と形態 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 気管狭窄 <input type="checkbox"/> 右主気管支狭窄 <input type="checkbox"/> 左主気管支狭窄 <input type="checkbox"/> 気管分岐部狭窄 <input type="checkbox"/> 気管支分岐異常 (気管気管支) <input type="checkbox"/> 片肺無形成
人工呼吸管理の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人工呼吸管理の実施期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヵ月以上 <input type="checkbox"/> それ以上
酸素投与の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
酸素療法の実施期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヵ月以上 <input type="checkbox"/> それ以上
呼吸の種類	<input type="checkbox"/> 陥没呼吸 <input type="checkbox"/> 努力呼吸 <input type="checkbox"/> 頻呼吸 <input type="checkbox"/> 下顎呼吸 <input type="checkbox"/> 不明

## ③ 治療

--	--

治療前チアノーゼの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
初期治療法	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> バルーン拡張 <input type="checkbox"/> その他
治療後の呼吸状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変

気管・気管支狭窄	STUDY-ID	-A-
----------	----------	-----

④ 手術—1回目

手術の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
手術適応	<input type="checkbox"/> 本疾患による手術 <input type="checkbox"/> 合併症による手術
手術実施日	年      月      日
手術アプローチ	<input type="checkbox"/> 内視鏡下 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 開胸 <input type="checkbox"/> その他
術式	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> バルーン拡張術 <input type="checkbox"/> ステント留置 <input type="checkbox"/> 切除・端々吻合術 <input type="checkbox"/> 気管形成術（グラフト移植による） <input type="checkbox"/> スライド気管形成術 <input type="checkbox"/> その他
術中合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
転帰	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変
根治度	<input type="checkbox"/> 根治術 <input type="checkbox"/> 姑息術
術中合併症・ありの詳細	
術後合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
術後合併症・ありの詳細	

気管・気管支狭窄	STUDY-ID	-A-
----------	----------	-----

## ④ 手術—2回目

手術の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
手術適応	<input type="checkbox"/> 本疾患による手術 <input type="checkbox"/> 合併症による手術
手術実施日	年      月      日
手術アプローチ	<input type="checkbox"/> 内視鏡下 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 開胸 <input type="checkbox"/> その他
術式	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> バルーン拡張術 <input type="checkbox"/> ステント留置 <input type="checkbox"/> 切除・端々吻合術 <input type="checkbox"/> 気管形成術（グラフト移植による） <input type="checkbox"/> スライド気管形成術 <input type="checkbox"/> その他
術中合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
転帰	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変
根治度	<input type="checkbox"/> 根治術 <input type="checkbox"/> 姑息術
術中合併症・ありの詳細	
術後合併症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
術後合併症・ありの詳細	