

# 日本人工関節登録制度実施マニュアル

日本人工関節学会

2017年8月1日

# 日本人工関節登録制度実施マニュアル

## 目次

本調査の連絡先およびデータ送付先	p3
日本人工関節登録制度の趣旨	p4
登録調査の手順	p5
<input type="checkbox"/> 参加申込書と各事前登録用紙事前登録用紙の送付	
<input type="checkbox"/> 施設登録および施設 ID の発送	
<input type="checkbox"/> 日本人工関節学会ホームページに登録病院名を公開	
<input type="checkbox"/> 各施設での倫理委員会での承認	
<input type="checkbox"/> 調査開始	
<input type="checkbox"/> 登録	
<input type="checkbox"/> データ集計・解析（年次報告および緊急警告情報の発行）	
文書一覧	
日本人工関節登録制度参加申込書(様式 1)	p7
THA 事前登録用紙（様式 2）	p8
TKA/UKA/PFA 事前登録用紙（様式 3）	p9
解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 事前登録用紙（様式 4）	p10
患者さんへの説明書（様式 5）	p11
患者さんの同意書（様式 6）	p12
THA 登録フォーム 1（様式 7）	p13
THA 登録フォーム 2（様式 8）	p14
THA 登録フォームの書き方	p15
TKA/UKA/PFA 登録フォーム 1（様式 9）	p17
TKA/UKA/PFA 登録フォーム 2（様式 10）	p18
TKA/UKA/PFA 登録フォームの書き方	p19
解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 登録フォーム 1（様式 11）	p21
解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 登録フォーム 2（様式 12）	p22
解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 登録フォームの書き方	p23
書類送付状	p25

JAR UMIN ユーザ登録申込書 (様式 13)	p26
JAR UMIN ユーザ変更申込書 (様式 14)	p27
JAR UMIN 施設追加申込書 (様式 15)	p28

## 本調査の連絡先およびデータ送付先

日本人工関節学会（実施主体）

登録制度事務局（問い合わせ及びデータ送付先）

〒606-8507

京都市左京区聖護院川原町 54

京都大学医学部 整形外科学教室内

日本人工関節登録制度事務局

TEL: 075-751-3366 FAX: 075-366-7663

E-mail: [registry@kuhp.kyoto-u.ac.jp](mailto:registry@kuhp.kyoto-u.ac.jp)

事務担当・岡崎愛子

日本人工関節登録制度運営委員会 担当理事 秋山治彦

## 日本人工関節登録制度趣意書

変形性関節症や関節リウマチなどの関節疾患に対する人工関節手術の有用性についてはもはや論を待たず、わが国においても全国の施設で年間約 10 万人以上の方がこの手術を受けておられます。

しかしながらこの手術の成績判定には 10 年以上に及ぶ長期の追跡調査が必要であり、個々の整形外科医の個人的努力による follow-up では症例数・経過年数は十分なものとはならず、現状において人工関節のデザインの優劣、適切な固定法の選択などを大規模調査するにはおのずから限界があります。

また日本人工関節学会においてもわが国における人工関節手術の正確な現状を把握し、エビデンスに基づいた手術のガイドラインを国民に示すことが求められております。

すでに Sweden、Norway、Finland、Canada、Australia、New Zealand、England では各国の実状にあった national registry が発足しており、それらに集積された各国における横断的かつ縦断的な登録データの分析から、固定法の選択、適切な手術手技、不良なインプラント製品などの情報が臨床現場に feed back されており national registry 制度の有用性は確かなところではあります。

日本人工関節学会は、わが国の国情にあった Arthroplasty Registry の確立と運営を目的として、このたび全国規模での調査を行うことといたしました。

この調査の運営においてはその規模・登録データの内容・登録方法などに日本にあった内容を検討しました。わが国の病院の多さからある程度の症例集積が可能な施設（全国 80 大学および人工関節置換術件数上位 50 施設）に参加を要請し、また登録データの緻密化は compliance の低下の懸念もあることから登録データは簡略化いたしました。登録施設の作業内容は、患者さまの同意書を得ること、手術後に手術室で登録シートに記入し、パッケージのラベルを貼ること、それを郵送にて登録事務局に送信すること、という簡単なものです。まずは始めること、そして持続することを運営の基本方針といたしました。

人工関節手術を specialty とする整形外科医の熱意にこの事業の成否がかかっております。どうぞ御参加いただけますようお願いいたします。

平成 24 年 4 月 1 日

日本人工関節学会

## 登録調査の手順

### 1) 参加申込書と各事前登録用紙の送付

本調査に参加協力いただける施設はお送りした申込書（様式 1）と自施設の手術環境および執刀する可能性のある医師のイニシャルを記入した THA および TKA/UKA/PFA および解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 事前登録用紙（様式 2 および様式 3 および様式 4）を送付していただきます。

なおこの THA および TKA/UKA/PFA および解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 事前登録用紙は、今後人事異動などで執刀者が変わる折には必ず更新して御提出下さい。

### 2) 施設登録および施設 ID の発送

日本人工関節登録制度事務局にて参加施設を登録し、施設の ID 番号を発行します。

### 3) 日本人工関節学会ホームページに登録病院名を公開

参加いただける施設名を日本人工関節学会のホームページ上で公開します。これは登録いただいた患者さんが将来病院を変わられた時に「ご自身が前の病院で受けられた手術内容をこの登録病院であれば直ちに参照可能である」ことをお知らせするためです（「患者さんへの説明書」をご覧ください）。

### 4) 各施設での倫理委員会での承認

登録制度事務局のある群馬大学・京都大学大学院 医の倫理委員会、および社団法人日本整形外科学会倫理委員会ではすでに承認済みの内容ですが、各施設で倫理委員会の承認を受けてください。倫理委員会がない施設では、施設代表者の承認を受けていただくか、倫理委員会のある施設に代理審査をご依頼ください。

### 5) 患者同意書を受領し調査開始

術前に患者さんに趣旨をご説明した上で承諾を得て下さい。“患者さまへ”の説明文書（様式 4）は各施設で適宜変更していただいて結構です。患者さんの同意書は事務局に送る必要はありません。各施設で保管して下さい。

事務局での患者の暗号化に必要な生まれた都道府県（本籍にあらず）は必ず記入して下さい。生まれが国外であれば「国外」と記入して下さい（戦時の満州、朝鮮、樺太なども国外とします）。

### 6) フォーム記入

記入要領を参考にしてご記入下さい。

両側同時手術では 2 セット記入します。

術者イニシャルは姓が先、名があと。患者の名前ははじめの一文字、など間違いやすいので注意して下さい。

### 7) 登録

登録には以下の方法があります。

#### 7-1) フォーム郵送

パッケージラベルのバーコードを正確に読み取るには本物のラベルを郵送していただくのが一番です。郵送された記入済みフォームは返却いたしませんので各施設でコピーをとっておいて下さい。

#### 7-2) インターネット登録

大学病院医療情報ネットワーク（UMIN）の運営するインターネット医学研究データセンター

(INDICE) サービスを利用してフォーム 1 を送信して下さい。症例登録番号を記入したフォーム 2 を郵送して下さい。

郵送されたフォーム 2 は返却いたしませんので各施設でコピーをとっておいて下さい。インターネット登録を利用するためには、ユーザ登録が必要となります。JAR UMIN ユーザ登録申込書 (様式 13) を送付して下さい。

〒606-8507

京都市左京区聖護院川原町 5 4

京都大学医学部 整形外科学教室内

日本人工関節登録制度事務局

TEL:075-751-3366

フォームには自施設の患者 ID は記入してありますが、患者氏名は記載されておられません。後に登録事務局からの問い合わせはすべて自施設の患者 ID にてお尋ねしますので、各施設にて適当と思われる方法にて患者 ID の管理をお願いいたします。

#### **8) データ集計・解析 (年次報告および緊急警告情報の発行)**

本調査の最大の目的は我が国で行われている人工関節手術の全容をつかみ、報告される再手術症例の解析からインプラントの材料やデザインの不良または手術手技の不良を早期に察知して整形外科医に警告することです。

日本人工関節学会及び日本人工関節登録制度事務局より、年次報告書の発行や問題ある場合には緊急警告情報の発行を行います。

**送信先 FAX:075-366-7663**

(様式 1)

日本人工関節登録制度参加申込書

日本人工関節学会  
日本人工関節登録制度事務局殿

このたび当施設は日本人工関節学会の実施する日本人工関節登録制度の趣旨に賛同し、調査に参加したいので、別紙の事前登録用紙を添えてここに申し込みます。なお、元データの保管など個人情報の管理につきましては、責任を持って行います。

年 月 日

施設名： \_\_\_\_\_

施設住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

Mail address： \_\_\_\_\_

よみがな \_\_\_\_\_

当施設における登録調査実施代表者： \_\_\_\_\_ 印



## THA 事前登録用紙

申請年月日（西暦）： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

病院名：

THA 連絡担当医氏名：

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ャル、卒業年および執刀症例数の概数を記入して下さい。（例：山田太郎 YT）

	イニシャル 姓 名	西暦	生涯の執刀症例数
1.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
2.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
3.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
4.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
5.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
6.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
7.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
8.	_____	: 卒年 ( _____ 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・10000），（垂直式・層流式）

クリーンルーム環境は手術毎に異なる

**TKA/UKA/PFA 事前登録用紙**

申請年月日 (西暦) : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

病院名 :

TKA/UKA/PFA 連絡担当医氏名 :

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ャル、卒業年および執刀症例数の概数を記入して下さい。(例：山田太郎 YT)

	イニシャル 姓 名	西暦	生涯の執刀症例数
1.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
2.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
3.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
4.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
5.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
6.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
7.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
8.	_____	: 卒年 ( _____ 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・10000) , (垂直式・層流式)

クリーンルーム環境は手術毎に異なる

## 解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 事前登録用紙

申請年月日 (西暦) : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

病院名 :

解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 連絡担当医氏名 :

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ャル、卒業年および執刀症例数の概数を記入して下さい。(例: 山田太郎 YT)

	イニシャル 姓 名	西暦	生涯の執刀症例数
1.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
2.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
3.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
4.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
5.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
6.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
7.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)
8.	_____	: 卒年 ( _____ 年)	: 執刀症例 ( ~29) (30~99) (100~)

※執刀症例数は解剖学的 TSA とリバーズ型 TSA を合計した数を選択して下さい。

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・10000) , (垂直式・層流式)

クリーンルーム環境は手術毎に異なる

# 患者さまへ

## 日本人工関節登録制度とは

人工関節手術は関節の病気の方には大変有効な手術法で、現在わが国でも年間約 20 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。

日本人工関節登録制度はこの手術の成績向上を目的として、日本人工関節学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、日本人工関節学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。またこのデータは日本人工関節学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。登録制度参加病院は日本人工関節学会のホームページ (<http://jsra.info/>) 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。

この日本人工関節登録制度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。

この日本人工関節登録制度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。

日本人工関節登録制度事務局  
〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町 54  
京都大学整形外科内

## 同意書

私は日本人工関節学会が行う日本人工関節登録制度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日本人工関節学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：

(この同意書は各病院にて保管して下さい)

# THA 登録フォーム 1

(様式 7)

I 病院、術者と患者 (同意書) に記入されたものを参照すること

該当項目に○、または記入

JAR 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 ( )
生年月日 (西暦)	年 月 日生	性別	男 / 女
名前 (ひらがな)	(「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意)	生まれた場所	(都道府県名、国外の場合には、「国外」と記入)
貴院における患者 ID			

## II 初回手術 THA

手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	手術側	右 / 左 (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・大腿骨側) / その他 ( )		
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)

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 ( )		

今回の手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	手術側	右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)
再手術回数 (今回の手術を含める)	1・2・3・4 / それ以上 回 / 不明		
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 ( )		
手術の内容	抜去のみ (股臼側・insert・大腿骨側・骨頭) / 再置換術 (股臼側・insert・大腿骨側・骨頭)		

抜去したインプラント名 (抜去した場合、必ず記入すること。)

(商品名等わからない場合は「不明」と記入。抜去のみの手術の後など、再置換部位にインプラントがない場合は「なし」と記入。)

	股臼側	insert	大腿骨側	骨頭
メーカー名				
商品名				
サイズ (直径)	mm			mm
材質	金属/PE/ その他 ( )	金属/セラミック/PE/ その他 ( )		金属/セラミック/ その他 ( )

## IV 手術手技 (再手術の時で、登録が不要な項目は項目名に×をつける。手術時間・アプローチ以外)

手術時間	時間 分 □両側合わせて (手術時間が左右合計の場合はチェックを入れる)		
アプローチ	前方 / 側方 / 後方 / その他 ( ) (側方は中殿筋を翻転または一部切離するアプローチ)		
大転子	非切離 / 一部切離 / 切離	minimally invasive technique	なし / あり
セメント	セメントレス / Hybrid (臼蓋・大腿骨) / セメント	※セメントスプレーサーでのセメント使用は回答不要	
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)		
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) (「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)		
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 ( )		
補強部品	なし / あり (臼蓋・大腿骨) 商品名 ( )		

# THA 登録フォーム 2

(様式 8)

該当項目に○、または記入

JAR 登録病院 (施設 ID をお書き下さい)		患者生年月日 (西暦)		年	月	日生
手術年月日 (西暦)	20 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)

UMIN 症例登録番号

## 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

アウター (カップ)

スクリュー

インナー

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 (同意書に記入されたものを参照すること)

該当項目に○、または記入

JAR 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: T-3	
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 ) ※執刀医、指導医が事前登録していなければ、この登録フォームを提出と同時に事前登録用紙を送る			
生年月日 (西暦)	年 月 日生	性別	男 / 女
名前 (ひらがな)	(「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意)	生まれた場所	例: 愛知県 ⇒ <u>愛知県</u> 、 中国 ⇒ <u>国外</u> (都道府県名、国外の場合には、「国外」と記入)
貴院における患者 ID	貴病院での ID 番号を記入 例: <u>98765431</u>		

### II 初回手術 THA

手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	手術側	右 / 左 (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・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		
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)

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 ( )		
今回の手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	手術側	右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)
再手術回数 (今回の手術を含める)	1・2・3・4 / それ以上 回 / 不明 ※再手術の回数であり、初回手術は回数に含まない 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設置をしない場合⇒ <u>1回</u> 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⇒ <u>2回</u> 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⇒ <u>3回</u> ※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 ※セメントスペーサーの抜去は、再手術の回数に入れない		
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 ( )		
手術の内容	抜去のみ (股臼側・insert・大腿骨側・骨頭) / 再置換術 (股臼側・insert・大腿骨側・骨頭) ※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のみは、再手術には該当しない		



抜去したインプラント名（抜去した場合、必ず記入すること。）

（商品名等わからない場合は「不明」と記入。抜去のみの手術の後など、再置換部位にインプラントがない場合は「なし」と記入。）

※わからない場合やインプラントがない場合、空白にせず必ず記入する

	股臼側	insert	大腿骨側	骨頭
メーカー名				
商品名				
サイズ（直径）	mm			mm
材質	金属/PE/ その他（ ）	金属/セラミック/PE/ その他（ ）		金属/セラミック/ その他（ ）

#### IV 手術手技（再手術の時で、登録が不要な項目は項目名に×をつける。手術時間・アプローチ以外）

手術時間	時間 分 □両側合わせて（手術時間が左右合計の場合はチェックを入れる）				
アプローチ	前方 / 側方 / 後方 / その他（ ）（側方は中殿筋を翻転または一部切離するアプローチ） ※アプローチは中殿筋との関係で、前方、側方、後方に分ける 前方：中殿筋より前方よりアプローチする DAA や OCM や ALS など 側方：中殿筋を翻転または一部切離するアプローチである Dall , Hardinge , transtrochanteric など 後方：中殿筋より後方よりアプローチする PL や Southern など ※Trans-femoral はその他に入れる				
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	minimally invasive technique	なし / あり	navigation system	非使用 / 使用
セメント	セメントレス / Hybrid（臼蓋・大腿骨） / セメント ※セメントスペーサーでのセメント使用は回答不要 ※インプラントに対してのセメント使用について回答する ※再手術でセメントスペーサーやセメントモールドにセメントを使った場合 セメントの項目に「×」をつける。UMIN 使用の場合は「不要」を選択				
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：抗生剤名 ○○○マイシンを 1 グラム/セメント1パック				
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） （「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）				
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（ ）				
補強部品	なし / あり（臼蓋・大腿骨） 商品名（ ）				

## THA フォーム 2

該当項目に○、または記入

JAR 登録病院（施設 ID をお書き下さい）	例：T-3	患者生年月日（西暦）	年 月 日生
※事前登録により与えられた記号			
手術年月日（西暦）	20 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）

※体内に残るコンポーネントのラベルを貼付する。ブレード等手術器具のラベルは対象外。

UMIN 症例登録番号

※登録フォーム 1 の内容を UMIN で登録し、登録フォーム 2 だけを送付する場合、症例登録番号を記入

## TKA/UKA/PFA 登録フォーム 1

(様式 9)

## I 病院、術者と患者 (同意書に記入されたものを参照すること)

該当項目に○、または記入

JAR 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 ( )
生年月日 (西暦)	年 月 日生	性別	男 / 女
名前 (ひらがな)	(「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意)	生まれた場所	(都道府県名、国外の場合には、「国外」と記入)
貴院における患者 ID			

## II 初回 TKA/UKA/PFA

手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	今回の手術	TKA / UKA / PFA
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
既往手術	なし / HTO 後 / 鏡視下手術後 / その他 ( )		
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/PFA (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)	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 ( )		
今回の手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	今回の手術	TKA / UKA / PFA
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
再手術回数 (今回の手術を含める)	1・2・3・4 / それ以上 回 / 不明		
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 ( )		
手術の内容	抜去のみ (大腿骨・脛骨・insert・膝蓋骨) / 再置換術 (大腿骨・脛骨・insert・膝蓋骨)		

## 抜去したインプラント名 (抜去した場合、必ず記入すること。)

(商品名等わからない場合は「不明」と記入。抜去のみの手術の後など、再置換部位にインプラントがない場合は「なし」と記入。)

	大腿骨	脛骨	insert	膝蓋骨
メーカー名				
商品名				

## IV 手術手技 (再手術の時で、登録が不要な項目は項目名に×をつける。手術時間・アプローチ以外)

手術時間	時間 分 <input type="checkbox"/> 両側合わせて (手術時間が左右合計の場合はチェックを入れる)		
アプローチ	para-patella / mid-vastus / sub-vastus / lateral / QS / その他 ( )		
minimally invasive technique	なし / あり	navigation system	非使用 / 使用
膝蓋骨置換	非置換 / 置換		
セメント	セメントレス / Hybrid (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / セメント ※セメントスパーサーでのセメント使用は回答不要		
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)		
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) (「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)		
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 ( )		
補強部品	なし / あり 商品名 ( )		

## TKA/UKA/PFA 登録フォーム 2

(様式 10)

該当項目に○、または記入

JAR 登録病院 (施設 ID をお書き下さい)		患者生年月日 (西暦)	年 月 日生
手術年月日 (西暦)	20 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)

UMIN 症例登録番号

## 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/PFA 登録フォームの書き方

## TKA/UKA/PFA フォーム 1

I 病院、術者と患者 (同意書に記入されたものを参照すること)

該当項目に○、または記入

<b>JAR 登録病院</b> (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: T-3	
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 ) ※執刀医、指導医が事前登録していなければ、この登録フォームを提出と同時に事前登録用紙を送る			
生年月日 (西暦)	年 月 日生	性別	男 / 女
名前 (ひらがな)	(「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意)	生まれた場所	例: 愛知県 ⇒ 愛知県、 中国 ⇒ 国外 (都道府県名、国外の場合には、「国外」と記入)
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/PFA

手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	今回の手術	TKA / UKA / PFA
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 ※UKA を選択した場合必ず記入
既往手術	なし / HTO 後 / 鏡視下手術後 / その他 ( )		
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/PFA (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			
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 ( )		
今回の手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	今回の手術	TKA / UKA / PFA
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 ※UKA を選択した場合必ず記入
再手術回数 (今回の手術を含める)	1・2・3・4 / それ以上 回 / 不明 ※再手術の回数であり、初回手術は回数に含まない 例: UKA 後に抜去し、TKA を行った場合⇒ <u>1回</u> 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設置をしない場合⇒ <u>1回</u> 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⇒ <u>2回</u> 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 セメントスペーサーのみ抜去は、再手術の回数に入れない		
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 ( )		
手術の内容	抜去のみ (大腿骨・脛骨・insert・膝蓋骨) / 再置換術 (大腿骨・脛骨・insert・膝蓋骨) ※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 ※セメントスペーサーのみ抜去は、再手術には該当しない		

抜去したインプラント名 (抜去した場合、必ず記入すること。)

(商品名等わからない場合は「不明」と記入。抜去のみの手術の後など、再置換部位にインプラントがない場合は「なし」と記入。)

※わからない場合やインプラントがない場合、空白にせず必ず記入する

	大腿骨	脛骨	insert	膝蓋骨
メーカー名				
商品名				

#### IV 手術手技 (再手術の時、登録が不要な項目は項目名に×をつける。手術時間・アプローチ以外)

手術時間	時間 分 □両側合わせて (手術時間が左右合計の場合はチェックを入れる)			
アプローチ	para-patella / mid-vastus / sub-vastus / lateral / QS / その他 ( )			
minimally invasive technique	なし / あり		navigation system	非使用 / 使用
膝蓋骨置換	非置換 / 置換 再手術時の記入例 ・初回手術、再手術ともに非置換の場合 膝蓋骨置換の項目に「×」をつける。UMIN使用の場合は「不要」を選択。 ・初回手術で置換し、再手術では非置換の場合 「置換」や「非置換」に○をせず、上記と同様項目に「×」をつける。UMIN使用の場合は「不要」を選択。			
セメント	セメントレス / Hybrid (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / セメント ※セメントスペーサーでのセメント使用は回答不要 ※インプラントに対してのセメント使用について回答する ※膝蓋骨が非置換の時、大腿骨と脛骨にセメントを使用した場合は、Hybridではなくセメントを選択する ※再手術でセメントスペーサーやセメントモールドにセメントを使った場合 セメントの項目に「×」をつける。UMIN使用の場合は「不要」を選択。			
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: 抗生剤名 <u>〇〇〇マイシン</u> を <u>1</u> グラム/セメント1パック			
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) (「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)			
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: <u>商品名: 〇〇〇アパセラム</u>			
補強部品	なし / あり 商品名 ( )			

## TKA/UKA/PFA フォーム 2

該当項目に○、または記入

JAR 登録病院 (施設 ID をお書き下さい)	例: T-3	患者生年月日 (西暦)	年 月 日生
※事前登録により与えられた記号			
手術年月日 (西暦)	20 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)

※体内に残るコンポーネントのラベルを貼付する。ブレード等手術器具のラベルは対象外。

UMIN 症例登録番号

※登録フォーム1の内容を UMIN で登録し、登録フォーム2だけを送付する場合、症例登録番号を記入

# 解剖学的 TSA/リバーstype TSA 登録フォーム 1

(様式 11)

## I 病院、術者と患者 (同意書に記入されたものを参照すること)

該当項目に○、または記入

JAR 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 ( )
生年月日 (西暦)	年 月 日生	性別	男 / 女
名前 (ひらがな)	(「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意)	生まれた場所	(都道府県名、国外の場合には、「国外」と記入)
貴院における患者 ID			

## II 初回手術 解剖学的 TSA/リバーstype TSA

(初回の人工肩関節置換術として解剖学的 TSA またはリバーstype TSA を選択した場合)

選択した TSA	解剖学的 TSA / リバーstype TSA		
手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	手術側	右 / 左
既往手術	なし / 腱板修復術 (鏡視下・オープン) / 上腕骨近位端骨折 / 関節脱臼制動術 / その他 ( )		
手術診断名	Cuff tear arthropathy (CTA) / 腱板広範囲断裂 / 一次性 OA / RA または RA 類似疾患 / 上腕骨近位端骨折 / 骨折続発症 / ION / その他 ( )		

## III 再手術 解剖学的 TSA/リバーstype TSA

(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)	年 月 日	初回手術施設名	
初回手術診断名	CTA / 腱板広範囲断裂 / 一次性 OA / RA または RA 類似疾患 / 上腕骨近位端骨折 / 骨折続発症 / ION / その他 ( )		
初回手術名	人工骨頭置換術 / 解剖学的 TSA / リバーstype TSA		
選択した TSA	解剖学的 TSA / リバーstype TSA		
今回の手術年月日 (西暦)	20 年 月 日	再手術側	右 / 左
再手術回数 (今回の手術を含める)	1・2・3・4 / それ以上 回 / 不明		
再手術の理由	loosening (上腕骨・肩甲骨) / 感染 / 脱臼・instability / インプラント破損 (上腕骨・肩甲骨) / ポリエチレン摩耗 (上腕骨・肩甲骨) / 外傷 / 可動域制限 / その他 ( )		
再手術の内容	抜去のみ (上腕骨・肩甲骨・insert) / 抜去+待機手術 (上腕骨・肩甲骨・insert) (関節窩形成・抗生剤入りスペーサー挿入) / 再置換 (上腕骨・肩甲骨・insert)		

## 抜去したインプラント名 (抜去した場合、必ず記入すること)

(商品名等わからない場合は「不明」と記入。抜去のみの手術の後など、再置換部位にインプラントがない場合は「なし」と記入。)

	上腕骨	肩甲骨	insert
メーカー名			
商品名			

## IV 手術手技 (再手術の時で、登録が不要な項目は項目名に×をつける。手術時間・アプローチ以外)

手術時間	時間 分	アプローチ	Deltopectoral / Anterosuperior / その他 ( )	
腱板断裂	なし / あり (棘上筋・棘下筋・肩甲下筋・小円筋)			
腱板修復	なし / あり (棘上筋・棘下筋・肩甲下筋・小円筋)		上腕骨インプラント設置後捻角度	度
セメント	セメントレス / Hybrid (上腕骨・肩甲骨) / セメント ※セメントスペーサーでのセメント使用は回答不要			
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)			
骨移植	なし / 一部あり (自家・同種) (上腕骨・肩甲骨) / あり (自家・同種) (上腕骨・肩甲骨) (「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など)			
生体活性材料 (人工骨など) の使用	なし / 一部あり (上腕骨・肩甲骨) / あり (上腕骨・肩甲骨)			
補強部品	なし / あり (関節窩・上腕骨) 商品名 ( )			

# 解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 登録フォーム 2

(様式 12)

該当項目に○、または記入

JAR 登録病院 (施設 ID をお書き下さい)		患者生年月日 (西暦)	年	月	日生
手術年月日 (西暦)	20	年	月	日	手術側 右 / 左

(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)

UMIN 症例登録番号

## V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

スクリュウ

グレンノイドコンポーネント/ベースプレート

ステム

セメント

インサート

生体活性材料

ヘッド/グレンスフィア

補強部品

メタフィシス

その他 (スペーサーなど)

※ 商品名、カタログ番号、ロット番号が見えるように貼付

# 解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA 登録フォームの書き方

## 解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA フォーム 1

I 病院、術者と患者 (同意書に記入されたものを参照すること)

該当項目に○、または記入

<b>JAR 登録病院</b> (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: S-3			
<b>執刀医イニシャル</b>		姓 ( ) 名 ( )	<b>指導医イニシャル</b>		姓 ( ) 名 ( )
※事前登録のイニシャルを記入 例: 鈴木 二郎 → (姓) S (名) J )					
※執刀医、指導医が事前登録していなければ、この登録フォームを提出と同時に事前登録用紙を送る					
<b>生年月日 (西暦)</b>		年 月 日生	<b>性別</b>	男 / 女	
<b>名前</b> (ひらがな)		「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意)		<b>生まれた場所</b>	例: 愛知県 ⇒ 愛知県、 中国 ⇒ 国外 (都道府県名、国外の場合には、「国外」と記入)
<b>貴院における患者 ID</b>		貴病院での ID 番号を記入 例: 98765431			

## II 初回手術 解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA

(初回の人工肩関節置換術として解剖学的 TSA またはリバーズ型 TSA を選択した場合)

<b>選択した TSA</b>		解剖学的 TSA / リバーズ型 TSA				
<b>手術年月日 (西暦)</b>		20 年 月 日	<b>手術側</b>	右 / 左	<b>利き腕</b>	右 / 左
※解剖学的 TSA は 2016/6/1 より前、また事前登録した日より前の日付は登録できない。リバーズ型 TSA は全例登録のため、制限はない。						
<b>既往手術</b>	なし / 腱板修復術 (鏡視下・オープン) / 上腕骨近位端骨折 / 関節脱臼制動術 / その他 ( )					
<b>手術診断名</b>	Cuff tear arthropathy (CTA) / 腱板広範囲断裂 / 一次性 OA / RA または RA 類似疾患 / 上腕骨近位端骨折 / 骨折続発症 / ION / その他 ( )					

## III 再手術 解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA

(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)

<b>初回手術時について</b> (この項目は、可能であれば記載する)						
<b>初回手術年月日 (西暦)</b>		年 月 日	<b>初回手術施設名</b>			
<b>初回手術診断名</b>	CTA / 腱板広範囲断裂 / 一次性 OA / RA または RA 類似疾患 / 上腕骨近位端骨折 / 骨折続発症 / ION / その他 ( )					
<b>初回手術名</b>	人工骨頭置換術 / 解剖学的 TSA / リバーズ型 TSA					
<b>選択した TSA</b>		解剖学的 TSA / リバーズ型 TSA				
<b>今回の手術年月日 (西暦)</b>		20 年 月 日	<b>再手術側</b>	右 / 左		
※解剖学的 TSA は 2016/6/1 より前、また事前登録した日より前の日付は登録できない。リバーズ型 TSA は全例登録のため、制限はない。						
<b>再手術回数 (今回の手術を含める)</b>		1・2・3・4 / それ以上 回 / 不明				
※再手術の回数であり、初回手術は回数に含まない 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設置をしない場合⇒ <u>1回</u> 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⇒ <u>2回</u> 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⇒ <u>3回</u> ※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 ※セメントスペーサーのみ抜去は、再手術の回数に入れない						
<b>再手術の理由</b>	loosening (上腕骨・肩甲骨) / 感染 / 脱臼・instability / インプラント破損 (上腕骨・肩甲骨) / ポリエチレン摩耗 (上腕骨・肩甲骨) / 外傷 / 可動域制限 / その他 ( )					



再手術の内容	抜去のみ（上腕骨・肩甲骨・insert） / 抜去+待機手術（上腕骨・肩甲骨・insert）（関節窩形成・抗生剤入り スペース挿入） / 再置換（上腕骨・肩甲骨・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 ※セメントスペースのみ抜去は、再手術には該当しない
--------	---

<b>抜去したインプラント名</b> （抜去した場合、必ず記入すること） （商品名等わからない場合は「不明」と記入。抜去のみの手術の後など、再置換部位にインプラントがない場合は「なし」と記入。） ※わからない場合やインプラントがない場合、空白にせず必ず記入する			
	上腕骨	肩甲骨	insert
メーカー名			
商品名			

#### IV 手術手技（再手術の時で、登録が不要な項目は項目名に×をつける。手術時間・アプローチ以外）

手術時間	時間 分	アプローチ	Deltopectoral / Anterosuperior / その他（ ）	
腱板断裂	なし / あり（棘上筋・棘下筋・肩甲下筋・小円筋）			
腱板修復	なし / あり（棘上筋・棘下筋・肩甲下筋・小円筋）		上腕骨インプラント設置後捻角度	度
セメント	セメントレス / Hybrid（上腕骨・肩甲骨） / セメント ※セメントスペースでのセメント使用は回答不要 ※インプラントに対してのセメント使用について回答する ※再手術でセメントスペースやセメントモールドにセメントを使った場合 セメントの項目に「×」をつける。UMIN使用の場合は「不要」を選択			
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：抗生剤名 <u>〇〇〇マイシン</u> を <u>1</u> グラム/セメント1パック			
骨移植	なし / 一部あり（自家・同種）（上腕骨・肩甲骨） / あり（自家・同種）（上腕骨・肩甲骨） （「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など）			
生体活性材料（人工骨など）の使用	なし / 一部あり（上腕骨・肩甲骨） / あり（上腕骨・肩甲骨）			
補強部品	なし / あり（関節窩・上腕骨） 商品名（ ）			

## 解剖学的 TSA/リバーズ型 TSA フォーム 2

該当項目に○、または記入

JAR 登録病院（施設 ID をお書き下さい）	例：S-3	患者生年月日（西暦）	年 月 日生
※事前登録により与えられた記号			
手術年月日（西暦）	20 年 月 日	手術側	右 / 左

（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）

**UMIN 症例登録番号**

※体内に残るコンポーネントのラベルを貼付する。ブレード等手術器具のラベルは対象外。

※登録フォーム 1 の内容を UMIN で登録し、登録フォーム 2 だけを送付する場合、症例登録番号を記入

日本人工関節登録制度事務局行  
(京都大学医学部整形外科学教室内)

## 書類送付状

年 月 日

下記の登録フォームを送付します

THA フォーム 1 \_\_\_\_\_枚

フォーム 2 \_\_\_\_\_枚

TKA/UKA/PFA フォーム 1 \_\_\_\_\_枚

フォーム 2 \_\_\_\_\_枚

解剖学的 TSA / リバース型 TSA フォーム 1 \_\_\_\_\_枚

フォーム 2 \_\_\_\_\_枚

発送元

貴施設名

\_\_\_\_\_

FAX 番号

\_\_\_\_\_

担当者様

\_\_\_\_\_

JAR UMIN ユーザ登録申込書 (新規)

申込年月日： 年 月 日

項目	記入欄	
施設 ID		・T、Sで始まる ID
漢字氏名 (姓)		・姓、名を分けてご記入ください。
漢字氏名 (名)		
カナ氏名 (姓)		・姓、名を分けて 全角カタカナでご記入ください。
カナ氏名 (名)		
所属機関名		
所属部署		
所属部署郵便番号	〒	
所属部署住所		
所属先電話番号		・代表番号でも結構です。
生年月日 (yyyy/mm/dd)		・西暦でご記入ください。
メールアドレス		
既所持の UMIN ID		・既に UMIN ID をお持ちの場合、その UMIN ID をご記入ください。
一般サービス用パスワード再発行通知希望の有無		・既に UMIN ID をお持ちで、そのパスワードが不明な場合、再発行が必要な場合には「再発行希望」とご記入ください。
他のインターネットデータセンターの研究に参加があるか否か		・他の INDICE プロジェクトに参加がある場合、そのプロジェクト名をご記入ください。

※網掛け必須項目

- UMIN に未登録の場合は、本申込書で UMIN 利用者に登録されます。
- UMIN ID 取得済、INDICE のパスワード取得済の場合も本申込書をご提出ください。

※ 勤務先施設が変更になった場合、ユーザ変更申込書 (異動届) をご提出ください。

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町 54 京都大学医学部 整形外科教室内  
 日本人工関節登録制度事務局 TEL : 075-751-3366

**JAR UMIN ユーザ変更申込書 (異動届)**

申込年月日：            年    月    日

参加継続、参加停止のどちらかの項目に記入

参加継続                      異動先の施設で参加する場合

項目		記入欄
UMIN ID		
氏名		
異動前	施設 ID	
	施設名	
異動先	施設 ID	
	施設名	

参加停止                      異動先の施設では参加しない場合

項目		記入欄
UMIN ID		
氏名		
異動前	施設 ID	
	施設名	

- UMIN ID の所属変更は、UMIN センターの下記ページにてお手続きください。

オンライン利用者情報変更

<http://www.umin.ac.jp/id/uminid/info.change.htm>

※UMIN ID と一般用パスワードでの認証が必要となります。

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町 54 京都大学医学部 整形外科学教室内  
日本人工関節登録制度事務局 TEL : 075-751-3366

**送信先 FAX:075-366-7663**

(様式 15)

JAR UMIN 施設追加申込書

申込年月日：           年   月   日

所属施設以外の下記施設での症例の登録を希望します。

項目		記入欄
UMIN ID		
氏名		
追加施設	施設 ID	
	施設名	

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町 54 京都大学医学部 整形外科学教室内  
日本人工関節登録制度事務局 TEL : 075-751-3366