

A登録（必須） / Essential

以下のフォームに沿って、情報の記入をお願いします

必須疾患（A）登録

登録疾患

* 必須入力 / must provide value

- DDH（完全脱臼）
- 大腿骨頭すべり症
- 先天性内反足
- ペルテス病
- 筋性斜頸
- 先天性下腿骨偽関節
- 先天性垂直距骨

reset

この患者さんは、過去に、本疾患登録に他疾患を罹患した患者さんとして登録したことがありますか？

* 必須入力 / must provide value

- 登録した事が無い
- 登録した
- 他の疾患の発症歴はあるが、登録したかどうかは判らない

reset

過去に登録した／登録した可能性のある 疾患群

* 必須入力 / must provide value

- DDH（完全脱臼）
- 大腿骨頭すべり症
- 先天性内反足
- ペルテス病
- 筋性斜頸
- 先天性下腿骨偽関節
- 先天性垂直距骨

被験者基本情報

性別

* 必須入力 / must provide value

男児 女児

reset

生年月（年）

* 必須入力 / must provide value



生年月（月）

* 必須入力 / must provide value



発症時情報

左右両側の別

* 必須入力 / must provide value

右側 左側 両側

reset

両側の場合、発症時情報は左右同じですか？

* 必須入力 / must provide value

左右同じ 左右異なる

reset

発症年月（年）右

* 必須入力 / must provide value



発症年月（月）右

* 必須入力 / must provide value



発症した時点での在住場所（都道府県）右

* 必須入力 / must provide value



発症年月（年）左

* 必須入力 / must provide value

発症年月（月）左

* 必須入力 / must provide value

発症した時点での在住場所（都道府県）左

* 必須入力 / must provide value

診断時情報

両側の場合、診断時情報は左右同じですか？

* 必須入力 / must provide value

左右同じ 左右異なる

reset

診断年月（年）右

* 必須入力 / must provide value

診断年月（月）右

* 必須入力 / must provide value

診断を受けた都道府県（右）

* 必須入力 / must provide value

診断年月（年）左

* 必須入力 / must provide value

診断年月（月）左

* 必須入力 / must provide value

診断を受けた都道府県（左）

* 必須入力 / must provide value

紹介元、紹介先医療機関の情報

紹介元医療機関の有無

* 必須入力 / must provide value

あり なし

reset

紹介元の診療科

* 必須入力 / must provide value

整形外科 小児科 産科 内科 その他

reset

紹介元医療機関の所在都道府県

* 必須入力 / must provide value

紹介先医療機関の有無

* 必須入力 / must provide value

あり なし

reset

紹介先医療機関の所在都道府県

* 必須入力 / must provide value

日本小児整形外科学会 会員番号（6桁半角数字）

* 必須入力 / must provide value

会員番号をお忘れの方は学会事務局にお問い合わせください

登録者 医療機関の所在都道府県

* 必須入力 / must provide value

登録者 医療機関 部署

* 必須入力 / must provide value

登録者（医師氏名）

* 必須入力 / must provide value

登録者 連絡先電話番号

* 必須入力 / must provide value

登録者 メールアドレス

* 必須入力 / must provide value

追加調査（選択的疾患登録）へのご協力お願い

ご登録有難う御座います。
今回ご登録頂きました疾患は、追加調査（B登録）対象疾患です。
以下についてもご意向をお聞かせ下さい。

DDH（完全脱臼）について

追加調査へのご協力 可否

* 必須入力 / must provide value

Yes No

reset

追加調査担当者は「A登録」登録者と同じですか？

* 必須入力 / must provide value

同じ 異なる

reset

追加調査 担当者 部署

* 必須入力 / must provide value

追加調査 担当者 役職

* 必須入力 / must provide value

追加調査 担当者 氏名

* 必須入力 / must provide value

追加調査入力にはREDCapアカウントの取得が必要です
REDCapアカウントをお持ちですか？

* 必須入力 / must provide value

Yes No

reset

個人使用の、施設（所属機関固有）のメールアドレス、もしくは、UMINメールアドレスを入力してください

REDCapアカウントの取得には上記に該当するメールアドレスが必要となります

上記に該当するメールアドレスをお持ちでない方は、とりあえず現在使用中のメールアドレスを入力していただき、後日UMINメールアドレス（○○@umin.ac.jp）を取得してください
<https://www.umin.ac.jp/ichiran/>

* 必須入力 / must provide value

（注） REDCapアカウント取得には個人使用の施設（所属機関固有）のメールアドレス（○○@xx.ac.jpや○○@xx.hospital.co.jpなど）もしくは、UMINメールアドレスであることが必要です。

お名前を英語表記（First nameスペースFamily name）で入力してください

（注） REDCapアカウント発行に必要です

* 必須入力 / must provide value

（例） Taro Seikei

送信する / Submit

一時保存し、後で再開する / Save & Return Later