

NOTE: Please be aware that branching logic and calculated fields will not function on this page. They only work on the survey pages and data entry forms.

こちらは「DDH（完全脱臼）」のB登録（追加調査）画面です。

**登録日**

\* 必須入力 / must provide value

  Today Y-M-D**脱臼側について**

\* 必須入力 / must provide value

右  左  両側

reset

**脱臼について（右）**

\* 必須入力 / must provide value

完全脱臼  
 完全脱臼と思われるが確定診断できていない  
(亜脱臼・臼蓋形成不全かもしれない)

reset

DDH（完全脱臼）とは以下のいずれかを満たすものです。  
超音波断層診断 Graf法 type 3・4、  
X線診断 IHDI分類 Grade 3・4、Tönnis分類 Grade 3・4

**脱臼について（左）**

\* 必須入力 / must provide value

完全脱臼  
 完全脱臼と思われるが確定診断できていない  
(亜脱臼・臼蓋形成不全かもしれない)

reset

DDH（完全脱臼）とは以下のいずれかを満たすものです。  
超音波断層診断 Graf法 type 3・4、  
X線診断 IHDI分類 Grade 3・4、Tönnis分類 Grade 3・4

**脱臼の診断法についてお答えください。**

\* 必須入力 / must provide value

超音波断層法（Graf法）  超音波断層法（Graf法以外）  
 単純X線  MRI  CT  その他

**Graf分類（右）**

\* 必須入力 / must provide value

type 3a  
 type 3b  
 type 4

reset

**Graf分類（左）**

\* 必須入力 / must provide value

type 3a  
 type 3b  
 type 4

reset

**X線分類（右）（Tönnis分類 もしくは IHDI分類）**

\* 必須入力 / must provide value

Tönnis分類 Grade 3  
 Tönnis分類 Grade 4  
 IHDI分類 Grade 3  
 IHDI分類 Grade 4  
 その他のX線診断

Tönnis分類、IHDI（International Hip Dysplasia Institute）分類の詳細は登録マニュアルを参照してください

**X線分類（左）（Tönnis分類 もしくは IHDI分類）**

\* 必須入力 / must provide value

Tönnis分類 Grade 3  
 Tönnis分類 Grade 4  
 IHDI分類 Grade 3  
 IHDI分類 Grade 4  
 その他のX線診断

Tönnis分類、IHDI（International Hip Dysplasia Institute）分類の詳細は登録マニュアルを参照してください

**脱臼の診断法**

「超音波断層法（Graf法以外）」、「MRI」、「CT」  
「その他」の詳細

「その他のX線診断」の詳細

Expand

<周産期に関する情報>

お子さんについて

\* 必須入力 / must provide value

- 第1子  第2子  第3子  第4子以上  不明

reset

在胎週数

\* 必須入力 / must provide value

- ~29週  
 30~35週  
 36~40週  
 41週~  
 不明

reset

妊娠経過中異常の有無

\* 必須入力 / must provide value

- 異常なし  異常あり  不明

reset

妊娠経過中「異常あり」の場合、その内容

Expand

出生時体重

\* 必須入力 / must provide value

- ~1500g  
 1501~2000g  
 2001~2500g  
 2501~3000g  
 3001~3500g  
 3501g~  
 不明

reset

分娩時胎位

\* 必須入力 / must provide value

- 頭位  骨盤位  その他  不明

reset

分娩時胎位「その他」の場合、その内容

帝王切開出生

\* 必須入力 / must provide value

- でない  である  不明

reset

多胎

\* 必須入力 / must provide value

- でない  である  不明

reset

多胎の場合、その詳細

- 双胎  品胎  要胎以上

reset

家族歴（先天性股関節脱臼・亜脱臼・臼蓋形成不全・変形性股関節症）

\* 必須入力 / must provide value

- あり（祖父母・両親・兄弟・姉妹）  あり（それ以外の親族）  なし  不明

reset

既存合併症

\* 必須入力 / must provide value

- あり  なし  不明

reset

既存合併症「あり」の場合、その内容

<初診時の情報>

貴科の初診時月(年)齢

\* 必須入力 / must provide value

- 出生～2か月
- 3か月～6か月
- 7か月～11か月
- 1歳～1歳6か月
- 1歳7か月～1歳11か月
- 2歳～2歳6か月
- 2歳7か月～2歳11か月
- 3歳以上

reset

貴科の初診時年齢が3歳以上の場合、その年齢（ 歳 か月）

\* 必須入力 / must provide value

紹介元施設

\* 必須入力 / must provide value

- 保健所・保健センター
- 診療所
- 病院
- その他
- なし

reset

紹介元施設「その他」の内容

紹介元医師

\* 必須入力 / must provide value

- 整形外科医
- 小児科医
- 産科医
- その他
- 不明
- なし

reset

紹介元医師「その他」の場合、その内容

科医

ベビースリング(ハンモック様の育児用品)使用歴

\* 必須入力 / must provide value

- あり
- なし
- 不明

reset

初診時身体所見

左右別にチェックしてください。両側例の場合は左右ともお願いします。

身体所見 クリック

\* 必須入力 / must provide value

- (右) あり
- (右) なし
- (右) 不明
- (左) あり
- (左) なし
- (左) 不明

身体所見 股関節開排制限

\* 必須入力 / must provide value

- (右) あり
- (右) なし
- (右) 不明
- (左) あり
- (左) なし
- (左) 不明

身体所見 Allis sign (Gareazzi sign)

\* 必須入力 / must provide value

- あり
- なし
- 不明

reset

<整復に関する情報>

最初の質問「脱臼側について」の回答結果から、(右) and/or (左) の質問が表示されます。

貴科での治療結果 (右)

\* 必須入力 / must provide value

- 整復成功
- 整復不成功
- 自施設で治療途中
- 治療せずに他施設へ紹介
- その他

reset

貴科での治療結果 (左)

\* 必須入力 / must provide value

- 整復成功
- 整復不成功
- 自施設で治療途中
- 治療せずに他施設へ紹介
- その他

reset

整復時 (月齢) (右)

\* 必須入力 / must provide value

<b>整復時（月齢）（左）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>整復時年齢「5歳以上」の場合（右）、 整復時年齢（ 歳 か月）を記載してください</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>整復時年齢「5歳以上」の場合（左）、 整復時年齢（ 歳 か月）を記載してください</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>貴院での治療結果「その他」の内容（右）</b>	<input type="text"/>
<b>貴院での治療結果「その他」の内容（左）</b>	<input type="text"/>
<b>整復成功の場合（右）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="radio"/> リーメンビューゲル(Rb)法にて整復 <input type="radio"/> Rb法不成功後 非観血的的に整復 <input type="radio"/> Rb法行わず 非観血的的に整復 <input type="radio"/> Rb法不成功後 観血的に整復 <input type="radio"/> Rb法行わず 観血的に整復 <input type="radio"/> その他 <span style="float: right;">reset</span>
<b>整復成功の場合（左）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="radio"/> リーメンビューゲル(Rb)法にて整復 <input type="radio"/> Rb法不成功後 非観血的的に整復 <input type="radio"/> Rb法行わず 非観血的的に整復 <input type="radio"/> Rb法不成功後 観血的に整復 <input type="radio"/> Rb法行わず 観血的に整復 <input type="radio"/> その他 <span style="float: right;">reset</span>
<b>Rb装着期間（か月）（右）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>Rb装着期間（か月）（左）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>Rb法不成功後非観血的に整復、もしくは、 Rb法行わず非観血的に整復、その内容（右）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="radio"/> 牽引整復法（Gradual Reduction） <input type="radio"/> 徒手整復（Manual Reduction） <input type="radio"/> 牽引後 徒手整復 <input type="radio"/> その他 <small>牽引整復法（Gradual Reduction）は開排位持続牽引法含む 徒手整復（Manual Reduction）は全身麻酔下含む</small> <span style="float: right;">reset</span>
<b>Rb法不成功後非観血的に整復、もしくは、 Rb法行わず非観血的に整復、その内容（左）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="radio"/> 牽引整復法（Gradual Reduction） <input type="radio"/> 徒手整復（Manual Reduction） <input type="radio"/> 牽引後 徒手整復 <input type="radio"/> その他 <small>牽引整復法（Gradual Reduction）は開排位持続牽引法含む 徒手整復（Manual Reduction）は全身麻酔下含む</small> <span style="float: right;">reset</span>
<b>Rb法不成功後非観血的に整復、もしくは、 Rb法行わず非観血的に整復、その内容「その他」の内容（右）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>Rb法不成功後非観血的に整復、もしくは、 Rb法行わず非観血的に整復、その内容「その他」の内容（左）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>整復成功の場合（右）「その他」の内容</b>	<input type="text"/>
<b>整復成功の場合（左）「その他」の内容</b>	<input type="text"/>
<b>観血的整復の方法（右）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="radio"/> 前方アプローチ <input type="radio"/> 内側アプローチ（Ludloff法） <input type="radio"/> 広範囲展開法 <input type="radio"/> その他 <span style="float: right;">reset</span>
<b>観血的整復の方法（左）</b> <small>* 必須入力 / must provide value</small>	<input type="radio"/> 前方アプローチ <input type="radio"/> 内側アプローチ（Ludloff法） <input type="radio"/> 広範囲展開法 <input type="radio"/> その他 <span style="float: right;">reset</span>
<b>観血的整復方法「その他」の場合、その内容（右）</b>	<input type="text"/>

同時併用手術施行の有無

あり なし

reset

\* 必須入力 / must provide value

同時併用手術法（右）

（複数回答可、詳細は次の欄に記載してください）

\* 必須入力 / must provide value

- 大腿骨近位部骨切り術  
 骨盤骨切り術  
 その他

同時併用手術法（左）

（複数回答可、詳細は次の欄に記載してください）

\* 必須入力 / must provide value

- 大腿骨近位部骨切り術  
 骨盤骨切り術  
 その他

同時併用手術法の詳細

\* 必須入力 / must provide value

Expand

観血的整復のタイミング（右）

\* 必須入力 / must provide value

保存的整復不成功後  保存的整復行わずに  その他

reset

観血的整復のタイミング（左）

\* 必須入力 / must provide value

保存的整復不成功後  保存的整復行わずに  その他

reset

観血的整復のタイミング「その他」の場合、その内容（右）

観血的整復のタイミング「その他」の場合、その内容（左）

整復不成功だったが、試みた整復法（右）

\* 必須入力 / must provide value

リーメンビューゲル(Rb)法  牽引法  徒手整復（全身麻酔下含む）  観血的に整復  その他

整復不成功だったが、試みた整復法（左）

\* 必須入力 / must provide value

リーメンビューゲル(Rb)法  牽引法  徒手整復（全身麻酔下含む）  観血的に整復  その他

整復不成功の場合、その後（左）

\* 必須入力 / must provide value

他院に紹介  自施設で治療途中・治療計画中  その他

reset

整復不成功の後の場合、その後「その他」の内容（右）

整復不成功の後の場合、その後「その他」の内容（左）

整復不成功の後、自施設で治療途中・治療計画中の場合（右）

\* 必須入力 / must provide value

Rb法  牽引整復法（GR）  牽引後徒手整復（MR）  
 観血的整復  その他

牽引整復法（Gradual Reduction）は開排位持続牽引法含む  
徒手整復（Manual Reduction）は全身麻酔下含む

整復不成功の後、自施設で治療途中・治療計画中の場合（左）

\* 必須入力 / must provide value

Rb法  牽引整復法（GR）  牽引後徒手整復（MR）  
 観血的整復  その他

牽引整復法（Gradual Reduction）は開排位持続牽引法含む  
徒手整復（Manual Reduction）は全身麻酔下含む

整復不成功の後、自施設で治療途中・治療計画中の場合、「その他」の内容（右）

整復不成功の後、自施設で治療途中・治療計画中の場合、「その他」の内容（左）

整復せずに他院に紹介の場合、紹介先

\* 必須入力 / must provide value

大学病院  小児病院  肢体不自由児施設  一般病院  
（小児股関節専門医在任）  
 一般病院（小児股関節専門医不在）  その他

reset

整復不成功の後、自施設で治療途中・治療計画中の場合（左）

\* 必須入力 / must provide value

Rb法  牽引整復法（GR）  牽引後徒手整復（MR）  
 観血的整復  その他

牽引整復法（Gradual Reduction）は開排位持続牽引法含む  
徒手整復（Manual Reduction）は全身麻酔下含む

整復不成功の後、自施設で治療途中・治療計画中の場合、「その他」の内容（右）

整復不成功の後、自施設で治療途中・治療計画中の場合、「その他」の内容（左）

整復せずに他院に紹介の場合、紹介先

\* 必須入力 / must provide value

大学病院  小児病院  肢体不自由児施設  一般病院  
(小児股関節専門医在任)  
 一般病院(小児股関節専門医不在)  その他

reset

整復不成功の後、他院に紹介の場合、紹介先（右）

\* 必須入力 / must provide value

大学病院  小児病院  肢体不自由児施設  一般病院  
(小児股関節専門医在任)  
 一般病院(小児股関節専門医不在)  その他

reset

整復不成功の後、他院に紹介の場合、紹介先（左）

\* 必須入力 / must provide value

大学病院  小児病院  肢体不自由児施設  一般病院  
(小児股関節専門医在任)  
 一般病院(小児股関節専門医不在)  その他

reset

整復せずに他院に紹介の場合、紹介先「その他」の場合、その内容

整復不成功の後、他院に紹介、紹介先「その他」の場合、その内容（右）

整復不成功の後、他院に紹介、紹介先「その他」の場合、その内容（左）

診断・初期治療に関して追加することがあれば記載してください。

Expand

<合併症・その他異常に関する情報>

その後の骨頭変形発症の有無

\* 必須入力 / must provide value

あり  なし  不明

reset

乳児期の骨頭変形基準(ソルターの基準を改変)

1. 整復後1年以上骨端核の出現がない
2. 存在していた骨端核が消失
3. 出現した骨端核が不整
4. 大腿骨頸部のあきらかな拡大

本例が1歳以上での診断例（遅診断例）の場合、公的健診受診歴、医療機関受診歴について、以下の質問にお答えください。

公的健診受診歴

\* 必須入力 / must provide value

あり  なし  不明

reset

公的健診受診歴ありの場合受けた公的健診をお答えください

\* 必須入力 / must provide value

新生児～2か月  
 3～6か月健診  
 7～11か月健診  
 1歳以後健診  
 その他

reset

公的検診（その他）の内容

公的健診受診の際、異常の指摘はありましたか？

あり なし 不明

\* 必須入力 / must provide value

reset

異常指摘ありの場合その内容

医療機関受診歴

あり なし 不明

\* 必須入力 / must provide value

reset

医療機関受診歴ありの場合、その医療機関

診療所 一般病院 その他

\* 必須入力 / must provide value

reset

医療機関受診歴ありの場合、その医療機関「その他」の内容

医療機関受診歴ありの場合、その受診科

整形外科 小児科 その他

\* 必須入力 / must provide value

reset

医療機関・受診科「その他」の内容

医療機関受診の際、異常の指摘はありましたか？

あり なし 不明

\* 必須入力 / must provide value

reset

異常指摘ありの場合その内容

複数機関の受診歴がある場合等は以下にも記載してください

Expand

家族から健診体制・前医に対するクレーム等がもしあった場合内容をお書きください。

Expand

整復が得られた後に追加治療（装具療法、補正手術、その他）についてお尋ねします。

初回登録完了（登録後4～6か月後に初回登録完了操作をお願いすることになります）時点で判明している範囲内で

以下の質問にお答えください。

初回登録完了までは、修正が可能です。

<初期整復後の追加治療について>（複数回答可）

\* 必須入力 / must provide value

- なし（未定）
- 装具療法
- 追加（補正）手術
- その他

装具療法の種類（複数回答可）

\* 必須入力 / must provide value

- リーメンビューグル（Rb）
- 開排装具
- 外転装具
- ぶかぶか装具
- その他

装具療法の種類、「その他」の内容

装具療法の期間（ か月）

\* 必須入力 / must provide value

装具療法の期間（ 週）

\* 必須入力 / must provide value

**追加（補正）手術法**

（複数回答可、詳細は次の欄に記載してください）

\* 必須入力 / must provide value

- 大腿骨近位部骨切り術（右）
- 骨盤骨切り術（右）
- その他（右）
- 大腿骨近位部骨切り術（左）
- 骨盤骨切り術（左）
- その他（左）

追加（補正）手術法の詳細、もしくは「その他」の内容（右）

Expand

追加（補正）手術法の詳細、もしくは「その他」の内容（左）

Expand

追加（補正）手術施行時の年齢（右）（歳）

\* 必須入力 / must provide value

追加（補正）手術施行時の年齢（右）（か月）

\* 必須入力 / must provide value

追加（補正）手術施行時の年齢（左）（歳）

\* 必須入力 / must provide value

追加（補正）手術施行時の年齢（左）（か月）

\* 必須入力 / must provide value

追加治療、「その他」の内容

Expand

これでDDH（完全脱臼）の初回登録は終わりです。「Form Status」を「Unverified」にしてください。  
登録後4か月から6か月の間に初回登録を完了（「Form Status」を「Unverified」から「Complete」）させてください。  
初回登録後120日後に登録完了（「Form Status」を「Unverified」から「Complete」）を依頼するメールが届きます。  
登録完了までの期間、同一医療機関所属のREDCapのアカウントをお持ちの方による追記・修正は可能です。  
初回登録後1年毎にfollow up（追跡調査）入力をお願いするメールが届きますので、1年毎にfollow up（追跡調査）入力をお願いいたします。  
ご協力有難うございました。

登録者氏名

\* 必須入力 / must provide value

登録者 所属医療機関名

\* 必須入力 / must provide value