

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.

**調査実施の有無****（前回登録完了後に診療を行いましたか？）**あり なし

reset

\* 必須入力 / must provide value

**前回の登録完了後に診療されていない場合****1）今後診療を予定している場合は、**

「Form Status」を「Unverified」にして、次回診察後に再度ログインして診療内容を入力してください

**2）フォローアップを終了している場合は、**

「Form Status」を「Complete」にして、「Record Status Dashboard」から「Data Collection Instrument」欄の該当Record IDの「中止」を選択し「中止の有無」の「〇あり」をチェックし、必要事項を入力してください

**調査日**

\* 必須入力 / must provide value

  Today Y-M-D**調査時年齢（ 歳）**

\* 必須入力 / must provide value

 ▼**調査時年齢（ か月）**

\* 必須入力 / must provide value

 ▼**脱臼側の変更****（変更がある場合には罹患側を再度選択してください）**なし 右 左 両側

reset

\* 必須入力 / must provide value

**脱臼整復状態（右）****（調査時点での脱臼整復状態を入力してください）**整復位 亜脱臼位（骨頭外偏化を含む） 脱臼位（整復されずに脱臼位のまま） 脱臼位（再脱臼）

reset

\* 必須入力 / must provide value

**脱臼整復状態（左）****（調査時点での脱臼整復状態を入力してください）**整復位 亜脱臼位（骨頭外偏化を含む） 脱臼位（整復されずに脱臼位のまま） 脱臼位（再脱臼）

reset

\* 必須入力 / must provide value

**脱臼整復状態の評価方法（画像診断法）についてお答えください。**単純X線 X線機能撮影 関節造影検査 MRI CT その他

\* 必須入力 / must provide value

**脱臼（亜脱臼）状態の評価方法（右）****X線分類（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  
Shenton lineの不整  
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（亜脱臼）状態の評価方法（左）****X線分類（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  
Shenton lineの不整  
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（亜脱臼）状態の評価方法

「X線機能撮影」、「関節造影検査」、「MRI」、「CT」  
「その他」の詳細

Expand

脱臼（亜脱臼）状態の評価方法

「その他のX線診断」の詳細

Expand

X線パラメーター

計測したX線パラメーターをチェックしてください

\* 必須入力 / must provide value

- 臼蓋角
- CE (Center-edge) 角 もしくは OE (O\_point- edge) 角
- その他

臼蓋角（度）右

\* 必須入力 / must provide value

臼蓋角（度）左

\* 必須入力 / must provide value

CE (OE) 角（度）右

\* 必須入力 / must provide value

CE (OE) 角（度）左

\* 必須入力 / must provide value

X線パラメーター

「その他」の詳細

調査時の年齢は5歳未満ですか？5歳以上ですか？

\* 必須入力 / must provide value

- 5歳未満
- 5歳以上

5歳以上の場合には次に現れる入力欄にSeverin分類を入力していただきます

reset

Severin分類（右）

\* 必須入力 / must provide value

- Group 1a, 1b
- Group 2a, 2b
- Group 3
- Group 4a, 4b
- Group 5
- Group 6
- 不明

reset

Severin分類（左）

\* 必須入力 / must provide value

- Group 1a, 1b
- Group 2a, 2b
- Group 3
- Group 4a, 4b
- Group 5
- Group 6
- 不明

reset

Severin Group

1a: CE>19 (age 6-13), CE>25 (age >14)

1b: 15< CE< 19 (age 6-13), 20< CE< 25 (age >14)

2a,2b: head, neck, acetabulum deformity in Group I

3: CE< 15(age 6-13), CE< 20(age >14)

4a: CE >0

4b: CE< 0

5: Secondary acetabulum

6: Redislocation



**跛行の有無**

\* 必須入力 / must provide value

あり なし 歩行開始前

reset

**関節可動域制限の有無**

\* 必須入力 / must provide value

あり なし

reset

**骨頭変形（骨頭壊死）発症の有無**

\* 必須入力 / must provide value

あり なし 不明

reset

**骨頭変形（骨頭壊死）の詳細****Kalamchi and MacEwen 分類**

\* 必須入力 / must provide value

- 骨頭変形（骨頭壊死）なし
- Grade 1（右）
- Grade 2（右）
- Grade 3（右）
- Grade 4（右）
- 骨頭変形（骨頭壊死）なし
- Grade 1（左）
- Grade 2（左）
- Grade 3（左）
- Grade 4（左）
- 不明

Kalamchi and MacEwen 分類の詳細は登録マニュアルを参照してください

**Kalamchi and MacEwen 分類**

**Grade 1: Changes are confined to the ossific nucleus**

**Grade 2: Damage to the lateral part of the physis**

**Grade 3: Damage to the central part of the physis**

**Grade 4: Total damage to the head and physis**

追加治療についてお答えください。

**<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

- 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****装具療法の開始年（月） 齢（ か月）**

\* 必須入力 / must provide value

 **装具療法の期間（ か月）**

装具装着が前回の追跡調査から継続している場合は、  
合計の装着期間を入力してください

\* 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

前回登録時から登録者の変更はありますか？

なし  あり

\* 必須入力 / must provide value

reset

前回登録時から所属医療機関の変更はありますか？

なし  あり

\* 必須入力 / must provide value

reset

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