

血友病患者の出血エピソードと関節症に関する臨床研究

日本血栓止血学会学術標準化委員会

血友病部会プロジェクト

代表

竹谷 英之（東京大学医科学研究所）

副代表

藤井 輝久（広島大学）

2006 年 6 月

目次

0 1 :	研究の背景	.....p03
0 2 :	研究の目的	.....p03
0 3 :	研究の方法	.....p03
3. 1	研究手順	.....p04
3. 2	目標評価可能症例数	.....p05
3. 3	選択基準および選択基準の根拠	.....p05
3. 4	除外基準と除外基準設定の根拠	.....p05
0 4 :	評価の方法	.....p05
4. 1	対象関節	.....p05
4. 2	研究期間	.....p05
4. 3	エックス線写真撮影方法	.....p05
4. 4	評価項目	.....p06
4. 4. 1	患者情報	
4. 4. 2	関節情報	
4. 4. 3	エックス線写真情報	
0 5 :	同意取得の方法	.....p06
0 6 :	解析方法	.....p07
0 7 :	倫理	.....p07
0 8 :	公表に関する取り決め	.....p08
0 9 :	組織	.....p08
1 0 :	研究費	.....p08
図 1 :	手順フローチャート	.....p09
附 1 :	アンケート用紙 01	.....p11
附 2 :	アンケート用紙 02-1~02-6	.....p15
附 3 :	エックス線写真報告用紙	.....p27
附 4 :	同意説明書	.....p31
附 5 :	同意書	.....p33
附 6 :	参加申込用紙	.....p35
附 7 :	エックス線写真情報用紙	.....p37

0 1 : 研究の背景

血友病患者の治療において、止血管理と出血による関節症や血腫の治療が主な問題点である。血液製剤の進歩により抑制因子を有する患者を除いて比較的容易に止血管理が行えるようになった。血友病性関節症は止血管理の進歩により小児の関節症は今後減少することが期待できるが、止血が困難であった時期を経験している患者にとって、関節症はすでに大きな問題となってきた。この血友病性関節症の発生に関して関節内出血が主因であることは周知の事実であるが、その程度や回数が関節症に与える影響について、明確に答えることはできない。また関節内出血を治療するに当たって、止血治療は当然であるが、いかに関節症へ進行させないかが最も重要な治療目的となる。そのためには関節内出血と関節症の関係を明確にする必要がある。

そこで血友病患者の臨床症状とエックス線写真を登録し、横断分析を行うことで前述の問題を解明することが本研究の目的である。その方法として、臨床症状とエックス線写真所見の集計を分離して行い、最終的に各臨床症状が関節症に与える影響や、また逆に出血に最も影響を受けるエックス線写真所見について検討する。さらに関節症の進行を予見しうる臨床症状やエックス線写真所見についても検討を加える。

その他の目的として、日本の血友病性関節症の現状を評価することが可能となる。日本の血友病センターとしての機能を発揮している施設を中心に患者情報を公募することで、年齢別の罹患関節数や地域別（施設別）の関節症の状態、過去の止血方法と関節症の関係など、その調査結果は信頼しうるものになると確信している。

上記の目的をもった全国規模の先行研究はなく、血友病性関節症の現状を把握するだけでなく、今後の血友病性関節症を診察・治療を行う上で貴重な研究であると考えている。

第二段階として血友病性関節症において妥当なエックス線写真所見を確立した上で、十分にエックス線写真や臨床所見の揃っている患者を **retrospective** に縦断分析を行うことや、数年後に今回の調査症例を再度同様に検討することによる縦断分析を行いたい。

0 2 : 研究の目的

血友病患者を対象として、過去の出血歴や治療歴などの臨床経過と現在の関節機能そしてエックス線写真所見との関係を横断分析する

0 3 : 研究の方法

3. 1 研究の手順 (図 1)

3. 1. 1 研究参加施設の登録：血栓止血学会ホームページ上で公募する。同ホームページに公表する本プロトコールに附記されている参加申込用紙に必要事項を記入の上、事務局（9. 1 項参照）に郵送して頂き登録する。この際施設略式名を各施設で記入し、被験者識別番号の基本とする。なお参加登録施設でこの略式名が重複するなど問題が起こった場合には事務局が略式名を変更することがある。
3. 1. 2 被験者識別番号：施設略式名に当該施設での被験者登録順に設定頂いた番号を追記する（例：福井 0 1 0＝福井病院で 10 番目の被験者）。なお情報を集積する事務局において、被験者の特定ができないようにするために行われるもので、エックス線写真読影結果はこの番号にてよって各施設に返信される。
3. 1. 3 臨床情報の集積：各施設で記入されたアンケート用紙は研究期間終了時（2007 年 3 月末）までに広島大学（研究副代表同大学輸血部藤井輝久：9. 2 項参照）まで郵送する。
3. 1. 4 エックス線写真撮影：4. 3 項参照
3. 1. 5 エックス線写真の電子化：各施設でエックス線写真を各部位一枚としてデジタルカメラで匿名化の上撮影し 200 万画素以上で JPEG もしくは TIFF に電子化する。この電子化されたエックス線写真 12 枚にそれぞれ被験者識別番号、左右、関節部位そして正面あるいは側面像の別を添付したファイル名（例：福井 0 1 0 左肘 正面）で CD に保存し事務局に郵送する。
3. 1. 6 エックス線写真読影結果：郵送されたエックス線写真をもとにエックス線写真レポートを各研究参加施設代表医師（p 30 参照）に郵送にて返信する。各研究参加施設代表医師はレポートを利用して協力した被験者に関節の状態を説明する。
3. 1. 7 エックス線写真評価情報の集積：事務局は、届いたエックス線写真情報を症例ごとに保存した CD をエックス線写真評価協力者（9. 3 項参照）に郵送し、研究代表者とエックス線写真評価協力者計 3 名が独立してエックス線写真を評価しそれぞれ情報の集積する。
3. 1. 8 解析：研究調査期間終了（2007 年 3 月末）後にエックス線写真読影所見の整合性や妥当性などの検討後に、臨床情報との関連について解析する。

3. 2 目標評価可能症例数

血友病AまたはB患者 200名以上

3. 3 選択基準および選択基準の根拠

血友病AまたはB患者の診断が確定しており、研究協力施設にて治療を受けている患者で、研究分担医師より被験者として適切であると判断されたもの。

なお以下の項目について対象患者としての可否は問わない。

- 1) 血友病の重症度
- 2) 対象患者の年齢
- 3) 過去の関節へのいかなる整形外科的治療歴

選択基準の根拠

- 1) 重症度別の関節の状態を本調査で比較するため
- 2) 年齢別の関節症の状態を本調査で比較するため
- 3) 参加時に治療内容について明記することにより、関節の整形外科治療の影響について考察するため

3. 4 除外基準と除外基準設定の根拠

本調査では特に除外基準を設けない。しかし撮影されたエックス線写真でのすべての所見の読影が困難な場合（著しい変形、人工関節置換術後など）、読影不能な所見のみを除外することがある。

除外基準の根拠

読影困難な所見は除外することが正確なエックス線写真所見での解析をするための条件として設定した。

04：評価の方法

4. 1 対象関節

両肘関節・両膝関節・両足関節

4. 2 研究期間

2006年7月1日～2009年3月31日まで

但し開始時期は2006年7月1月以降で各施設の倫理委員会承認など準備が整い次第

4. 3 エックス線写真撮影方法

肘関節：前後像、側面像の 2 方向

膝関節：前後像、側面像の 2 方向

足関節*：前後像、側面像の 2 方向

以上、一側 6 枚。左右両側で総計 12 枚。

*) 足関節の場合、足のみでは足趾のエックス線写真になってしまい評価不可能となるので、必ず足関節と記載すること。

4. 4 評価項目

4. 4. 1：患者情報（附 1 アンケート用紙 01：P09~10）

患者のプライバシーを保護し情報の管理を行うために、氏名はイニシャルを使用せず、患者識別番号のみで登録する。患者背景として欠損因子、因子活性、使用製剤名、血友病診断時期、濃縮製剤使用開始時期、そのときの主な輸注目的（定期的使用や出血時使用など）、インヒビターの有無、現在の主な輸注目的（定期的使用や出血時使用など）、出血時血液製剤を使用するタイミングと終了するタイミングをアンケート形式で調査する。またスポーツを含む日常生活について主に主治医がアンケート形式で調査を行う。

4. 4. 2：関節情報（附 2 アンケート用紙 02-1~02-6：P11~12）

対象関節それぞれにおける出血や疼痛などの臨床症状を主に主治医が調査する。対象関節での初回関節内出血の時期や最も出血が多かった時期の頻度と期間やさらに近一年の出血や疼痛に関する関節情報を調査する。また装具使用や整形外科的治療歴の有無についても調査する。なお本研究参加時の関節可動域を実測する。

4. 4. 3：エックス線写真情報

エックス線写真に関しては、研究参加施設代表医師を通じて被験者に情報提供されるエックス線写真報告と関節情報との間で検討を行うためのエックス線写真情報の 2 つに区別される。

4. 4. 3. 1：エックス線写真報告（附 3 エックス線写真報告用紙：P24~26）

従来のエックス線写真評価方法である De Palma の grade 分類、Arnold の Stage 分類そして Pettersson Score を用いて 6 関節を事務局で評価し、エックス線写真スケッチを添えて研究参加施設代表医師に報告する。

4. 4. 3. 2：エックス線写真情報（附 7 エックス線写真情報用紙 P31~39）

前述の 3 種類のエックス線写真評価方法にあるエックス線写真所見を個々に 1 関節につき正面像と側面像を区別して評価を行う。その評価項目数は 16 項目になる。

0 5：同意取得の方法（附 6,7 同意説明書ならびに同意書 P19~21）

本研究に先立ち、原則として研究参加施設代表医師は20歳以上の場合は本人、20歳未満の場合は代諾者（以下被験者と呼ぶ）に対して本研究の意義、目的、方法、被験者が被りうる不利益や危険性等について文章および口頭にて十分な情報を提示する。また被験者の研究参加について自由な選択を保証し、被験者のプライバシーの確保に関する対策についても十分な説明を行った上で、被験者に質問をする機会および研究参加について検討する十分な時間を与える。

被験者が本研究への参加を希望する場合には、本研究に関連する手順を開始する前に被験者より文書による同意を得る。

06：解析方法

所定の用紙に記録された患者情報と関節情報を広島大学で集計する。また情報化されたエックス線写真情報（デジタルカメラ等で各関節各撮影肢位一枚づつ電子化したもの：200万画素以上でJPEGもしくはTIFF）を事務局で回収する。事務局で回収されたエックス線写真情報は事務局から速やかにエックス線写真評価協力者へ伝達され、それぞれ独立してエックス線写真を読影しその所見を記入する。なおエックス線写真レポートは事務局にて記入され可及的速やかに研究参加施設代表医師を通じて被験者にエックス線写真情報として提供される。

最終的に3箇所のエックス線写真読影施設で独立して評価されたエックス線写真所見の正確さを評価し、さらに広島大学で集計された臨床所見と関係を調査し関節所見評価項目の有用性を調査する。

いずれの場合にも統計学的な検討を行なう。

07：倫理

本研究は血友病患者の血友病性関節症の現状と過去の出血既往や治療状況を中心とした患者情報を収集し、血友病性関節症の疫学や臨床像を解明しようとするものである。したがって、本研究はヘルシンキ宣言ならびに臨床研究に関する倫理指針（平成15年7月30日厚生労働省）に従って実施され、本研究参加にあたって、各施設での倫理委員会審査からの承認と実施医療機関の長の了承を受ける必要がある。研究進行中に研究実施計画書を変更する必要性が生じ、その変更が研究実施に重大な影響を与える場合や被験者の危険性を増大させる場合には、研究分担者は倫理委員会の承認と実施医療機関の長の了承を再度得なければならない。

患者情報保護に関しては、収集段階で情報が外部に漏洩しても患者情報を特定できないように施設独自のIDのみを規定し、エックス線写真の電子化にあたっては氏名が含まれないように撮影するなどプライバシー保護については十

分に配慮する。

08：公表に関する取り決め

本研究計画書に基づき行われた研究結果について、血友病関連の学会（World Federation of Haemophilia）発表と学会誌(Haemophilia)掲載を目標とすること。

09：組織

日本血栓止血学会学術標準化委員会血友病部会内に設置したプロジェクトとして「血友病患者の出血エピソードと関節症に関する臨床研究」の実施、解析、評価を行う。

9. 1 研究代表者（事務局）

東京大学医科学研究所附属病院 関節外科 講師 竹谷英之

連絡先 〒108-8639 東京都港区白金台 4-6-1

TEL：03-5449-5560、E-mail:takedani@ims.u-tokyo.ac.jp

9. 2 研究副代表者

広島大学病院 輸血部 講師 藤井輝久

連絡先 〒734-8551 広島県広島市南区霞 1-2-3

TEL: 082-257-5555, FAX: 082-257-5351, E-mail:teruchan@hirosima-u.ac.jp

9. 3 エックス線写真評価協力者

静岡こども病院 整形外科医長 芳賀 信彦

福岡豊栄会病院 リハビリテーション科部長 小林 靖幸

9. 4 研究参加施設

本研究主旨に賛同し、少なくとも 1 名以上の血友病患者を定期的に診察・治療している施設で、それぞれの施設で倫理委員会などの承認が得られ関節可動域が測定可能な施設

10：研究費

エックス線検査や診察にかかる費用については患者本人の保険診療扱いとし、ます。その他の諸経費として研究費を日本血栓止血学会学術標準化委員会血友病部会からの助成を受ける。

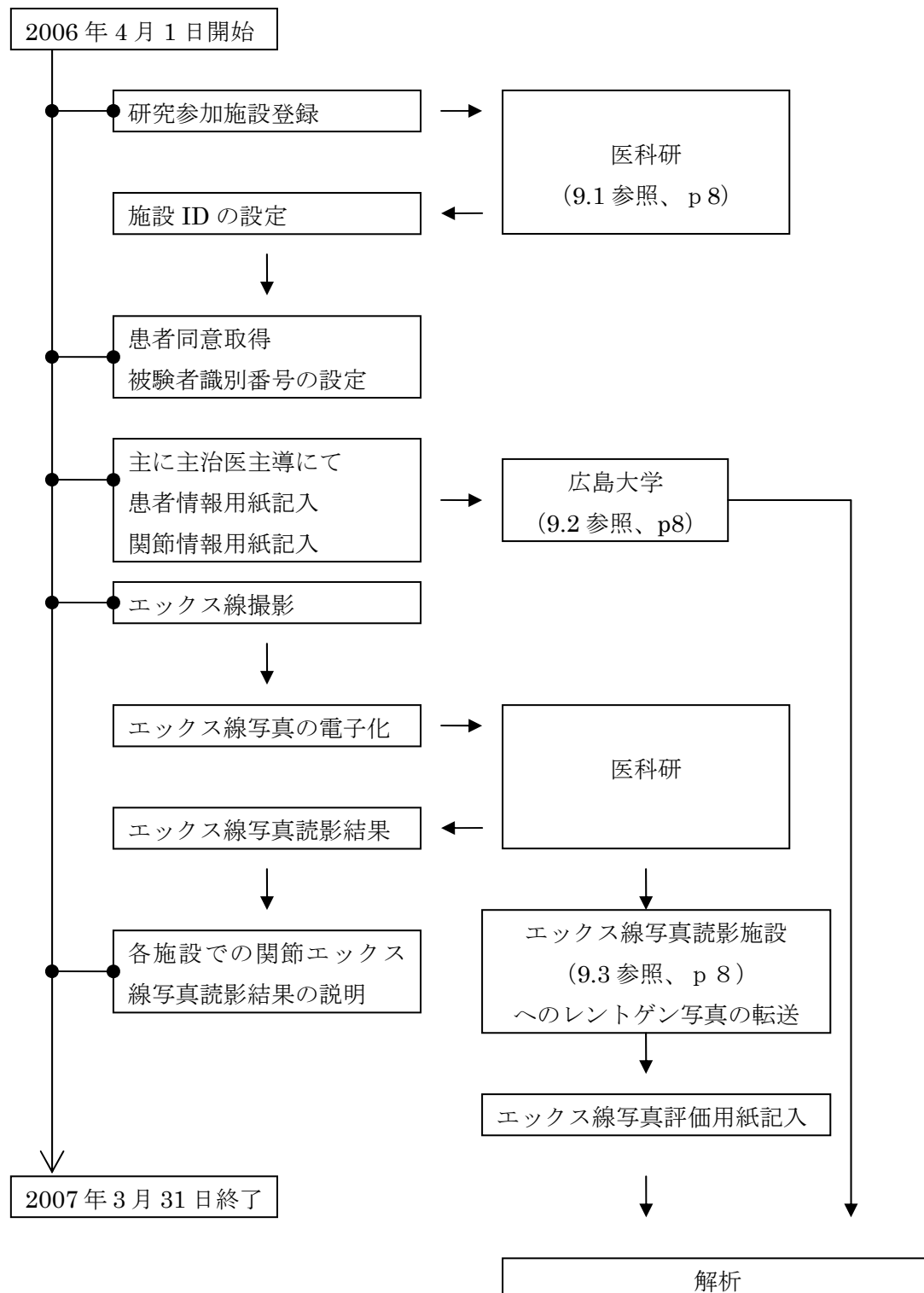


図1：手順フローチャート

アンケート用紙 01

これは一般的な血友病の状態や治療に関するアンケート用紙です。各設問に対する回答を記載してください。ただし設問 01～05 は主治医に対するものです。また設問において回答に困るときには、主治医もしくは担当看護師にご相談ください。

まず現在主治医にお尋ねします。

設問 01：医療機関名をご記入ください。

☒ _____ 病院

設問 02：所定の登録番号を記入してください。

☒ _____

設問 03：欠損因子をお選びください。

☒ ☐ 第Ⅷ因子、☐ 第Ⅸ因子

設問 04：欠損因子の因子活性をお選びください。

☒ ☐ 重症、☐ 中等症、☐ 軽症

設問 05：現在使用している製剤名をご記入ください（複数回答可）

☒ _____

設問 06：現在の年齢を記入ください

☒ _____

以下についてはみなさん（あるいは御家族）にお尋ねします。

設問 07：血友病と診断された時期についてお教えてください。

診断時期が年齢でわかる場合にはなるべく年齢でご記入ください。

しかしはっきりと分からない場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選びください。

A)0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳、もしくは A・B・C・D・E

設問 08：血液製剤（第Ⅷ（8）・第Ⅸ（9）因子製剤）を使用し始めた時の年齢
をご記入ください。

☒ _____ 歳

設問 09：血液製剤（第Ⅷ・第Ⅸ因子製剤）を使用し始めたときの使用目的をお選びください（二者択一）

☒ ☐ 出血時、☐ 予防的

設問 10：インビビターの状況についてお選びください。

☒ ☐ なし

☐ あり → ☐ 現在は消失している

→ ☐ 現在もある → ☐ バイパス治療
→ ☐ 中和治療

設問 11：現在の主な輸注方法（目的）についてお教えてください。

出血時に輸注をする場合には一月当たりの回数をご記入ください。

また、予防的とは定期的に輸注する場合や遠足やスポーツなどのイベントの前に予防する場合の両者を意味します。予防の回数は記入しやすい頻度を選んで（月当たり）記入してください。

☒ ☐ 出血時（月 回程度） ☐ 予防的（ 回／月程度）

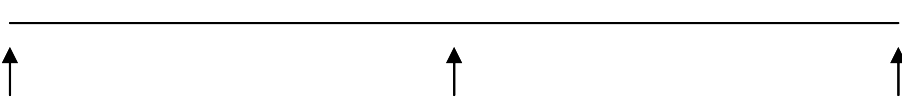
設問 12：定期補充療法（出血に関係ない定期的に血液製剤を使用する方法）を行っていますか。

☒ ☐ いいえ ☐ はい（ 年 月から）

設問 13：普段の出血時に輸注を始めるタイミングについてお教えてください。

予兆や違和感の時点 (0) から我慢の限界 (10) の間で1地点に“×”印を入れてください。

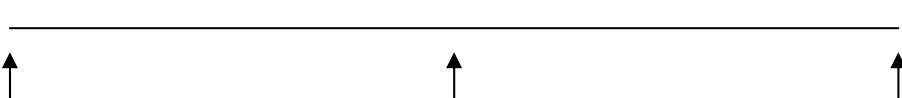
なお、自分で評価できないときには家族の方の主観で選んでいただければ結構です。

☒ 
予兆・違和感 (0) 動かすと痛い (5) 我慢の限界 (10)

設問 14：普段の出血時に輸注を終了するタイミングについてお教えてください。

症状消失後も使用する (0) から我慢ができるようになるまで (10) の間で1地点に“×”印を入れてください。

なお、自分で評価できないときには家族の方の主観で選んでいただければ結構です。

☒ 
症状消失後も使用 (0) 痛みの消失 (5) 我慢ができる (10)

設問 15：体育の授業の参加状況についてお聞きします。選択肢の中からひとつをお選びください（四者択一）。なお成人の方は当時の記憶でお答えください。

☒ ☐ 全部参加、☐ 半分以上参加、☐ 半分以下参加、☐ 全く不参加

設問 16：スポーツ歴についてお聞きします。いわゆるクラブ活動やスポーツ少年団などの授業以外のスポーツ歴についてお答えください。スポーツ歴をお持ちの方は種目や継続年数、時期についてお教えください。多種のスポーツ歴がある方は最も継続年数の長いものや現在行っているものなどを中心にお答えください。（複数回答可：3～5個程度）

☒ ☐ なし

☐ 有 （種目名：____、時期：____歳から、期間：____年程）
（種目名：____、時期：____歳から、期間：____年程）
（種目名：____、時期：____歳から、期間：____年程）
（種目名：____、時期：____歳から、期間：____年程）

設問 17：歩行についてアンケート用紙の選択肢の中からお選び下さい。

☒ ☐ 跛行なし、☐ 軽度跛行（杖不要）、☐ 著明な跛行（杖1本使用）、
☐ 屋外での歩行が困難（杖2本使用）☐ 主に車椅子
跛行：足を引きずるなど歩き方が悪い状態

設問 18：階段を降りるときの方法についてアンケート用紙の選択肢の中からお選び下さい

☒ ☐ 不自由なし、☐ 手すりを使い普通、☐ 一步一步、
☐ 手すりを使い一步一步、☐ できない

設問 19：階段を昇るときの方法についてアンケート用紙の選択肢の中からお選び下さい

☒ ☐ 不自由なし、☐ 手すりを使い普通、☐ 一步一步、
☐ 手すりを使い一步一步、☐ できない

設問 20：右の手で重いものを持てますか（腕にかけても可）。アンケート用紙の選択肢の中からお選び下さい。

☒ ☐ 容易、☐ やや困難、☐ 困難、☐ 不可能

設問 21：左の手で重いものを持てますか（腕にかけても可）。アンケート用紙の選択肢の中からお選び下さい。

☒ ☐ 容易、☐ やや困難、☐ 困難、☐ 不可能

アンケート 01 は以上です。ありがとうございました。

アンケート用紙 02-1 (右ひじ)

これは一般的な血友病性関節症に関するアンケートの設問用紙です。各設問に対する回答はアンケート回答用紙に記載してください。なお各設問は左右の肘、膝そして足関節に関してお聞きしています。それぞれの状態についてお答えください。

設問 01：関節内出血の有無についてお聞きします。

“なし” とお答えの方は設問 07.08 のみお答え下さい。

“あり” とお答えの方は設問 02 へお進みください。

☒ ☐ なし ☐ あり

設問 02：次に挙げるような処置を受けたことがあればアルファベットでお答え下さい。（複数回答可）

- A) 関節穿刺（関節から注射器で血液や関節液を抜く処置です。）
B) 関節の内へ薬剤（ヒアルロン酸やステロイド）を入れた
C) 関節洗浄（関節を注射器で水で洗った）
D) 関節鏡視処置（全身麻酔で関節洗浄や滑膜を切除する処置です）
E) 人工関節以外の大きな手術を受けた
F) 人工関節手術を受けた。

☒ ☐ A, ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ E, ☐ F

設問 03：装具装着の有無について教えてください。その際たとえば膝上から足先まで一つの装具の場合には膝にも足にも装具をしていたものとしてご記入下さい。また使用していた場合には時期をお教え下さい。
(複数回答可)

- A) 装着したことがない。
B) 市販の装具を使ったことがある
C) 病院で処方された汎用性ある装具を使ったことがある。
D) 病院で自分の体に合わせ作った装具を使ったことがある。

☒ ☐ A

- ☐ B (時期) 頃～ 頃)
☐ C (時期) 頃～ 頃)
☐ D (時期) 頃～ 頃)

設問 04：初回出血時期について教えてください。

初回出血時期が年齢でわかる場合にはなるべく年齢でご記入下さい。
しかし診断時期がよくわからない場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選び下さい。

A) 0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 05：最も出血をしたと思われる時期を教えてください。

最も出血した時期（数年にわたる場合は始まった時期）が年齢で分かる場合にはなるべく年齢でご記入ください。

しかし成人の方で最も出血した時期の記憶があいまいとなっている場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選びください。

A) 0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 06：その期間中の頻度についてお聞きします。

平均すると一月当たり何回出血しましたか。次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 07：最も出血を起こしていた期間を次の選択肢からお選び下さい。

A) 一ヶ月未満 B) 1～6 カ月未満 C) 6～12 カ月未満

D) 1～3 年未満 E) 3 年以上

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 08：近一年間の平均出血回数について次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 09：近一年間の関節痛について次の選択肢からお選び下さい。

A) 全くなし B) 動作時、時々痛みあり

C) 動作時、常に痛みあり D) 疼痛のために動作できない

E) 常に強い疼痛がある。

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 10：現在（出血がないとき）の関節の動きについてお聞きします。

ここでは実際の動きを測定させていただきます。

☒ 屈曲：_____ 度、伸展：_____ 度、回内：_____ 度、回外：_____ 度



アンケート 02-1 は以上です。ありがとうございました。

アンケート用紙 02-2 (左ひじ)

これは一般的な血友病性関節症に関するアンケートの設問用紙です。各設問に対する回答はアンケート回答用紙に記載してください。なお各設問は左右の肘、膝そして足関節に関してお聞きしています。それぞれの状態についてお答えください。

設問 01：関節内出血の有無についてお聞きします。

“なし”とお答えの方は設問 07,08 のみお答え下さい。

“あり” とお答えの方は設問 02 へお進みください。

☒ ☐ なし ☐ あり

設問 02：次に挙げるような処置を受けたことがあればアルファベットでお答え下さい。（複数回答可）

- A) 関節穿刺（関節から注射器で血液や関節液を抜く処置です。）
B) 関節の内へ薬剤（ヒアルロン酸やステロイド）を入れた
C) 関節洗浄（関節を注射器で水で洗った）
D) 関節鏡視処置（全身麻酔で関節洗浄や滑膜を切除する処置です）
E) 人工関節以外の大きな手術を受けた
F) 人工関節手術を受けた。

☒ ☐ A, ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ E, ☐ F

設問 03： 装具装着の有無について教えてください。その際たとえば膝上から足先まで一つの装具の場合には膝にも足にも装具をしていたものとしてご記入下さい。また使用していた場合には時期をお教え下さい。
(複数回答可)

- A) 装着したことがない。
B) 市販の装具を使ったことがある
C) 病院で処方された汎用性ある装具を使ったことがある。
D) 病院で自分の体に合わせ作った装具を使ったことがある。

☒ ☐ A

- ☐ B (時期) 頃～ 頃)
☐ C (時期) 頃～ 頃)
☐ D (時期) 頃～ 頃)

設問 04：初回出血時期について教えてください。

初回出血時期が年齢でわかる場合にはなるべく年齢でご記入下さい。
しかし診断時期がよくわからない場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選び下さい。

A)0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 05：最も出血をしたと思われる時期を教えてください。

最も出血した時期（数年にわたる場合は始まった時期）が年齢で分かる場合にはなるべく年齢でご記入ください。

しかし成人の方で最も出血した時期の記憶があいまいとなっている場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選びください。

A) 0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 06：その期間中の頻度についてお聞きします。

平均すると一月当たり何回出血しましたか。次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 07：最も出血を起こしていた期間を次の選択肢からお選び下さい。

A) 一ヶ月未満 B) 1～6 カ月未満 C) 6～12 カ月未満

D) 1～3 年未満 E) 3 年以上

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 08：近一年間の平均出血回数について次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 09：近一年間の関節痛について次の選択肢からお選び下さい。

A) 全くなし B) 動作時、時々痛みあり

C) 動作時、常に痛みあり D) 疼痛のために動作できない

E) 常に強い疼痛がある。

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 10：現在（出血がないとき）の関節の動きについてお聞きします。

ここでは実際の動きを測定させていただきます。

☒ 屈曲：_____ 度、伸展：_____ 度、回内：_____ 度、回外：_____ 度



アンケート 02－2 は以上です。ありがとうございました。

アンケート用紙 02-3 (右ひざ)

これは一般的な血友病性関節症に関するアンケートの設問用紙です。各設問に対する回答はアンケート回答用紙に記載してください。なお各設問は左右の肘、膝そして足関節に関してお聞きしています。それぞれの状態についてお答えください。

設問 01：関節内出血の有無についてお聞きします。

“なし”とお答えの方は設問 07.08 のみお答え下さい。

“あり” とお答えの方は設問 02 へお進みください。

☒ なし ☐ なし ☐ あり

設問 02：次に挙げるような処置を受けたことがあればアルファベットでお答え下さい。（複数回答可）

- A) 関節穿刺（関節から注射器で血液や関節液を抜く処置です。）
B) 関節の内へ薬剤（ヒアルロン酸やステロイド）を入れた
C) 関節洗浄（関節を注射器で水で洗った）
D) 関節鏡視処置（全身麻酔で関節洗浄や滑膜を切除する処置です）
E) 人工関節以外の大きな手術を受けた
F) 人工関節手術を受けた。

☒ ☐ A, ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ E, ☐ F

設問 03：装具装着の有無についてお教え下さい。その際たとえば膝上から足先まで一つの装具の場合には膝にも足にも装具をしていたものとしてご記入下さい。また使用していた場合には時期をお教え下さい。
(複数回答可)

- A) 装着したことがない。
B) 市販の装具を使ったことがある
C) 病院で処方された汎用性ある装具を使ったことがある。
D) 病院で自分の体に合わせ作った装具を使ったことがある。

☒ ☐ A

- ☐ B (時期) 頃～ 頃)
☐ C (時期) 頃～ 頃)
☐ D (時期) 頃～ 頃)

設問 04：初回出血時期について教えてください。

初回出血時期が年齢でわかる場合にはなるべく年齢でご記入下さい。
しかし診断時期がよくわからない場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選び下さい。

A)0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 05：最も出血をしたと思われる時期を教えてください。

最も出血した時期（数年にわたる場合は始まった時期）が年齢で分かる場合にはなるべく年齢でご記入ください。

しかし成人の方で最も出血した時期の記憶があいまいとなっている場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選びください。

A) 0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 06：その期間中の頻度についてお聞きします。

平均すると一月当たり何回出血しましたか。次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 07：最も出血を起こしていた期間を次の選択肢からお選び下さい。

A) 一ヶ月未満 B) 1～6 カ月未満 C) 6～12 カ月未満

D) 1～3 年未満 E) 3 年以上

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 08：近一年間の平均出血回数について次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 09：近一年間の関節痛について次の選択肢からお選び下さい。

A) 全くなし B) 動作時、時々痛みあり

C) 動作時、常に痛みあり D) 疼痛のために動作できない

E) 常に強い疼痛がある。

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 10：現在（出血がないとき）の関節の動きについてお聞きします。

ここでは実際の動きを測定させていただきます。

☒ 屈曲：_____ 度、伸展：_____ 度



アンケート 02－3 は以上です。ありがとうございました。

アンケート用紙 02-4 (左ひざ)

これは一般的な血友病性関節症に関するアンケートの設問用紙です。各設問に対する回答はアンケート回答用紙に記載してください。なお各設問は左右の肘、膝そして足関節に関してお聞きしています。それぞれの状態についてお答えください。

設問 01：関節内出血の有無についてお聞きします。

“なし”とお答えの方は設問 07,08 のみお答え下さい。

“あり” とお答えの方は設問 02 へお進みください。

☒ ☐ なし ☐ あり

設問 02：次に挙げるような処置を受けたことがあればアルファベットでお答え下さい。（複数回答可）

- A) 関節穿刺（関節から注射器で血液や関節液を抜く処置です。）
B) 関節の内へ薬剤（ヒアルロン酸やステロイド）を入れた
C) 関節洗浄（関節を注射器で水で洗った）
D) 関節鏡視処置（全身麻酔で関節洗浄や滑膜を切除する処置です）
E) 人工関節以外の大きな手術を受けた
F) 人工関節手術を受けた。

☒ ☐ A, ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ E, ☐ F

設問 03：装具装着の有無について教えてください。その際たとえば膝上から足先まで一つの装具の場合には膝にも足にも装具をしていたものとしてご記入下さい。また使用していた場合には時期をお教え下さい。
(複数回答可)

- A) 装着したことがない。
B) 市販の装具を使ったことがある
C) 病院で処方された汎用性ある装具を使ったことがある。
D) 病院で自分の体に合わせ作った装具を使ったことがある。

☒ ☐ A

- ☐ B (時期) 頃～ 頃)
☐ C (時期) 頃～ 頃)
☐ D (時期) 頃～ 頃)

設問 04：初回出血時期について教えてください。

初回出血時期が年齢でわかる場合にはなるべく年齢でご記入下さい。
しかし診断時期がよくわからない場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選び下さい。

A)0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 05：最も出血をしたと思われる時期を教えてください。

最も出血した時期（数年にわたる場合は始まった時期）が年齢で分かる場合にはなるべく年齢でご記入ください。

しかし成人の方で最も出血した時期の記憶があいまいとなっている場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選びください。

A) 0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 06：その期間中の頻度についてお聞きします。

平均すると一月当たり何回出血しましたか。次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 07：最も出血を起こしていた期間を次の選択肢からお選び下さい。

A) 一ヶ月未満 B) 1～6 カ月未満 C) 6～12 カ月未満

D) 1～3 年未満 E) 3 年以上

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 08：近一年間の平均出血回数について次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 09：近一年間の関節痛について次の選択肢からお選び下さい。

A) 全くなし B) 動作時、時々痛みあり

C) 動作時、常に痛みあり D) 疼痛のために動作できない

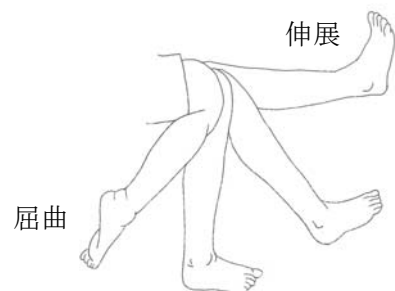
E) 常に強い疼痛がある。

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 10：現在（出血がないとき）の関節の動きについてお聞きします。

ここでは実際の動きを測定させていただきます。

☒ 屈曲：_____ 度、伸展：_____ 度



アンケート 02-4 は以上です。ありがとうございました。

アンケート用紙 02-5 (右あし)

これは一般的な血友病性関節症に関するアンケートの設問用紙です。各設問に対する回答はアンケート回答用紙に記載してください。なお各設問は左右の肘、膝そして足関節に関してお聞きしています。それぞれの状態についてお答えください。

設問 01：関節内出血の有無についてお聞きします。

“なし”とお答えの方は設問 07,08 のみお答え下さい。

“あり” とお答えの方は設問 02 へお進みください。

☒ なし ☐ なし ☐ あり

設問 02：次に挙げるような処置を受けたことがあればアルファベットでお答え下さい。（複数回答可）

- A) 関節穿刺（関節から注射器で血液や関節液を抜く処置です。）
B) 関節の内へ薬剤（ヒアルロン酸やステロイド）を入れた
C) 関節洗浄（関節を注射器で水で洗った）
D) 関節鏡視処置（全身麻酔で関節洗浄や滑膜を切除する処置です）
E) 人工関節以外の大きな手術を受けた
F) 人工関節手術を受けた。

☒ ☐ A, ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ E, ☐ F

設問 03：装具装着の有無について教えてください。その際たとえば膝上から足先まで一つの装具の場合には膝にも足にも装具をしていたものとしてご記入下さい。また使用していた場合には時期をお教え下さい。
(複数回答可)

- A) 装着したことがない。
B) 市販の装具を使ったことがある
C) 病院で処方された汎用性ある装具を使ったことがある。
D) 病院で自分の体に合わせ作った装具を使ったことがある。

☒ ☐ A

- ☐ B (時期) 頃～ 頃)
- ☐ C (時期) 頃～ 頃)
- ☐ D (時期) 頃～ 頃)

設問 04：初回出血時期について教えてください。

初回出血時期が年齢でわかる場合にはなるべく年齢でご記入下さい。
しかし診断時期がよくわからない場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選び下さい。

A)0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 05：最も出血をしたと思われる時期を教えてください。

最も出血した時期（数年にわたる場合は始まった時期）が年齢で分かる場合にはなるべく年齢でご記入ください。

しかし成人の方で最も出血した時期の記憶があいまいとなっている場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選びください。

A) 0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 06：その期間中の頻度についてお聞きします。

平均すると一月当たり何回出血しましたか。次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 07：最も出血を起こしていた期間を次の選択肢からお選び下さい。

A) 一ヶ月未満 B) 1～6 カ月未満 C) 6～12 カ月未満

D) 1～3 年未満 E) 3 年以上

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 08：近一年間の平均出血回数について次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 09：近一年間の関節痛について次の選択肢からお選び下さい。

A) 全くなし B) 動作時、時々痛みあり

C) 動作時、常に痛みあり D) 疼痛のために動作できない

E) 常に強い疼痛がある。

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 10：現在（出血がないとき）の関節の動きについてお聞きします。

ここでは実際の動きを測定させていただきます。

☒ 背曲：_____ 度、底屈：_____ 度



アンケート 02-5 は以上です。ありがとうございました。 底屈

アンケート用紙 02-6 (左あし)

これは一般的な血友病性関節症に関するアンケートの設問用紙です。各設問に対する回答はアンケート回答用紙に記載してください。なお各設問は左右の肘、膝そして足関節に関してお聞きしています。それぞれの状態についてお答えください。

設問 01：関節内出血の有無についてお聞きします。

“なし”とお答えの方は設問 07,08 のみお答え下さい。

“あり” とお答えの方は設問 02 へお進みください。

☒ ☐ なし ☐ あり

設問 02：次に挙げるような処置を受けたことがあればアルファベットでお答え下さい。（複数回答可）

- A) 関節穿刺（関節から注射器で血液や関節液を抜く処置です。）
B) 関節の内へ薬剤（ヒアルロン酸やステロイド）を入れた
C) 関節洗浄（関節を注射器で水で洗った）
D) 関節鏡視処置（全身麻酔で関節洗浄や滑膜を切除する処置です）
E) 人工関節以外の大きな手術を受けた
F) 人工関節手術を受けた。

☒ ☐ A, ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ E, ☐ F

設問 03：装具装着の有無について教えてください。その際たとえば膝上から足先まで一つの装具の場合には膝にも足にも装具をしていたものとしてご記入下さい。また使用していた場合には時期をお教え下さい。
(複数回答可)

- A) 装着したことがない。
B) 市販の装具を使ったことがある
C) 病院で処方された汎用性ある装具を使ったことがある。
D) 病院で自分の体に合わせ作った装具を使ったことがある。

☒ ☐ A

- ☐ B (時期) 頃～ 頃)
☐ C (時期) 頃～ 頃)
☐ D (時期) 頃～ 頃)

設問 04：初回出血時期について教えてください。

初回出血時期が年齢でわかる場合にはなるべく年齢でご記入下さい。
しかし診断時期がよくわからない場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選び下さい。

A)0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 05：最も出血をしたと思われる時期を教えてください。

最も出血した時期（数年にわたる場合は始まった時期）が年齢で分かる場合にはなるべく年齢でご記入ください。

しかし成人の方で最も出血した時期の記憶があいまいとなっている場合には次の選択肢の中からもっとも適当と思われるものをお選びください。

A) 0～5 歳、B)6～10 歳、C)11～15 歳、D)16～20 歳、E)21 歳以上

☒ _____ 歳 もしくは A・B・C・D・E

設問 06：その期間中の頻度についてお聞きします。

平均すると一月当たり何回出血しましたか。次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 07：最も出血を起こしていた期間を次の選択肢からお選び下さい。

A) 一ヶ月未満 B) 1～6 カ月未満 C) 6～12 カ月未満

D) 1～3 年未満 E) 3 年以上

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 08：近一年間の平均出血回数について次の選択肢からお選び下さい。

A) 0～1 回／月 B) 2～4 回／月 C) 5 回／月以上

☒ ☐A、☐B、☐C

設問 09：近一年間の関節痛について次の選択肢からお選び下さい。

A) 全くなし B) 動作時、時々痛みあり

C) 動作時、常に痛みあり D) 疼痛のために動作できない

E) 常に強い疼痛がある。

☒ ☐A、☐B、☐C、☐D、☐E、☐F

設問 10：現在（出血がないとき）の関節の動きについてお聞きします。

ここでは実際の動きを測定させていただきます。

☒ 背曲：_____ 度、底屈：_____ 度



アンケート 02-6 は以上です。ありがとうございました。

エックス線写真レポート(肘)
()

エックス線写真番号

De Palma Grade: _____

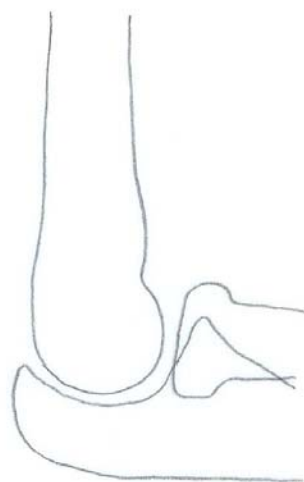
Arnold stage: _____

Pettersson score: _____

(+ + + + + + +)

コメント

R



De Palma Grade: _____

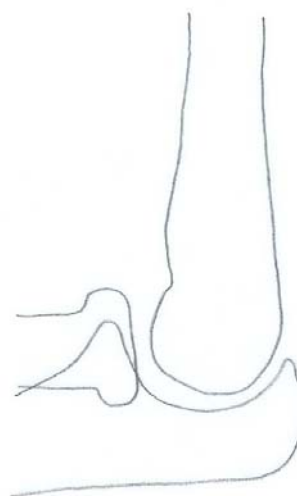
Arnold stage: _____

Pettersson score: _____

(+ + + + + + +)

コメント

L



エックス線写真レポート(膝)
()

エックス線写真番号

De Palma Grade: _____

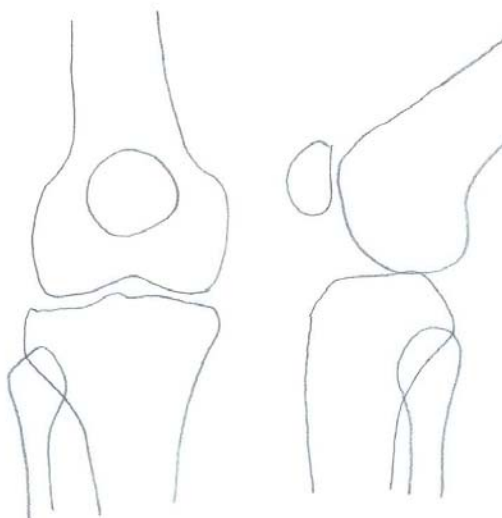
Arnold stage: _____

Pettersson score: _____

(+ + + + + + +)

コメント

R



De Palma Grade: _____

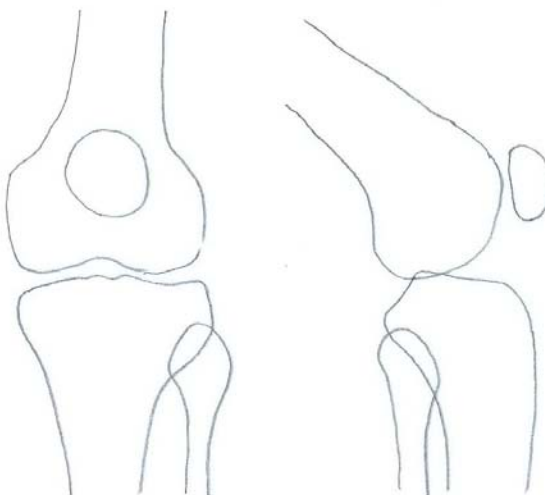
Arnold stage: _____

Pettersson score: _____

(+ + + + + + +)

コメント

L



エックス線写真レポート(足)
()

エックス線写真番号

De Palma Grade: ____

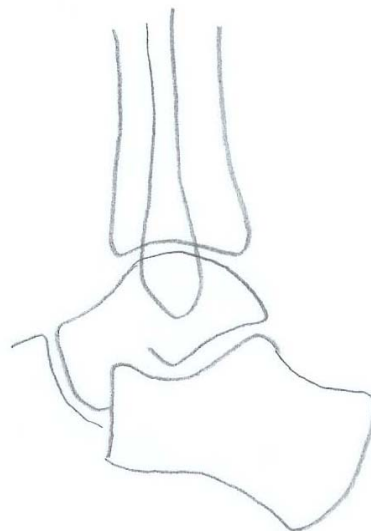
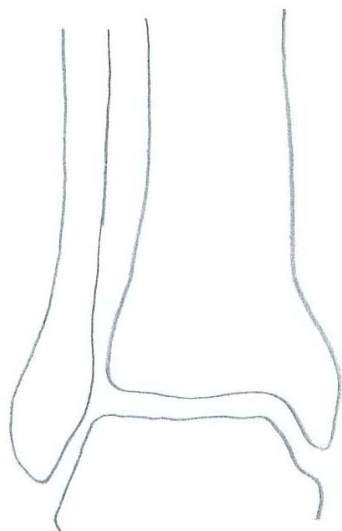
Arnold stage: ____

Pettersson score: ____

(+ + + + + + +)

コメント

R



De Palma Grade: ____

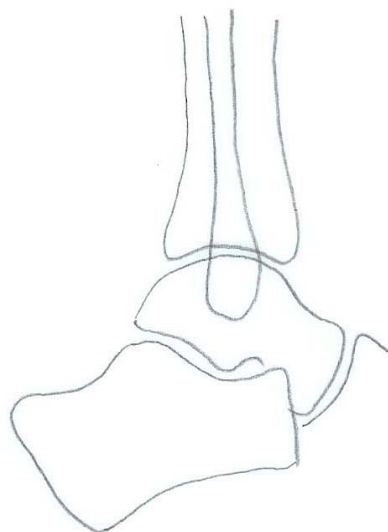
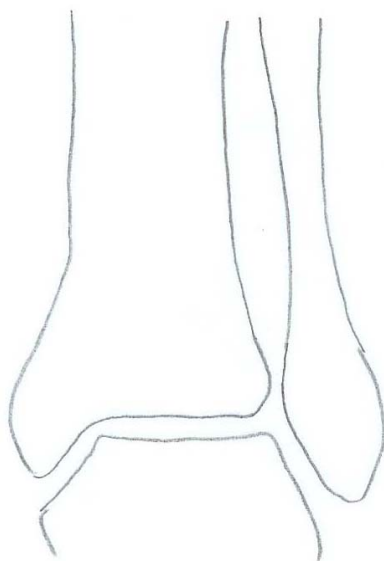
Arnold stage: ____

Pettersson score: ____

(+ + + + + + +)

コメント

L



患者さんへの説明文章

平成 年 月 日

はじめに

あなたに参加していただきたい臨床研究の目的および方法、期間について説明させていただきます。

この説明文章あるいは医師の説明でわかりにくいところがありましたら、遠慮なくご質問ください。この説明文章の内容を十分に理解した上で、この臨床研究に参加するかどうかをお決めください。なおこの説明文章をご家庭に持ち帰り、御家族の方々とご相談されてもかまいません。その上で、この臨床研究に参加しても良いと思われた場合には、この説明文章の最後にある「同意書」に署名・捺印と日付の記入をお願いします。

1. 研究課題名

血友病患者の出血エピソードと関節症に関する臨床研究

2. この研究の期間

2006年7月1日～2007年3月31日

3. 研究の意義および目的

この研究は、血友病患者において関節内出血エピソードの状況と関節症との関係をみる、多施設の臨床研究です。血友病患者の関節内出血は、血友病性関節症を起こす原因となることは周知の事実ですが、どのような出血がより関節症を進行させるのか、あるいは他の因子（初回出血年令、スポーツ歴など）がどのように関係しているのか、まだはっきりと分かっていません。

私たちは、日本の血友病患者を多く診療している施設に通院している患者さまを対象とし、この研究を通じて、a)臨床症状を反映した関節症のエックス線写真関節評価方法の確立、b)関節症を進行させる影響因子の同定、c)Target joint（頻回出血を繰り返す弱点の関節）となりうる出血回数、を明らかにしたいと考えます。内容をよくご理解頂き、是非この研究にご協力頂きますようお願いいたします。

4. 研究の方法

通院されている医療施設から配布される血友病の治療状況と両肘・両膝・両足関節状況に関するアンケートにお答え頂き、さらに関節の動きを診察させていただきます。また通院されている医療施設で両肘・両膝・両足関節のエックス線写真を撮影します。その結果を集計・解析します。

この研究を受ける上で特別な投薬はなく、必要とする検査も日常診察で一般的に行われるエックス線写真撮影のみです。

5. 研究に参加する予定被験者数

血友病AまたはB患者 200名以上

6. 研究参加の利益と不利益

研究に参加されれば、血友病患者を多く診ている整形外科医が、あなたの現在の関節症の状態（肘、膝、足首）をエックス線写真的に評価いたします。またその評価に対するレポートは通院されている医療機関にお送りしますので、血友病性関節症の治療の方向を示す有益な情報が提供され、より有効な治療が実施される利益があります。参加することによる不利益は、エックス線写真を撮影するために少量の被爆がありますが、日常の診療範囲の被爆量です。

7. 研究に参加しない場合

この研究への参加の有無はあなたの自由意志によってのみ決定されます。参加の有無があなたと主治医や病院との今後の関係に影響することは全くありません。また一度研究参加に同意した後でも、いつでも同意を撤回することは可能ですし、その理由を述べる必要もありません。

8. プライバシーの保護と結果公表

これに協力する医療従事者はあなたのプライバシーを守ります。この研究により収集された全ての情報は厳しく守られます。あなたには、同意書にサインをして頂くことになりますが、その同意書は通院されている医療機関で保管されるため、外部にあなたの名前が漏れることは一切ありません。また成果を学会発表、医学論文にする際も、あなたの名前やあなたを特定できる情報は伏せた形でさせていただきます。

9. 費用負担に関すること

エックス線写真撮影費用は保険診療の範囲で請求されますが、あなたの負担は通常の診察と変わりません。

説明施行日

年 月 日

説明担当医師所属施設名

説明担当医氏名

同意書

〇〇病院

病院長

殿

平成 年 月 日

私は「血友病患者の出血エピソードと関節症の関係に関する臨床研究」について、事前に説明文章を受け取り、担当医師からそれに基づいて研究の意義、目的、方法、予想される不利益、患者情報の保護などについて十分な説明を受けました。さらに私が研究に参加に同意した後も、いつでも自らの意思で研究参加を取りやめることができること、および研究参加を取りやめた後も何ら不利益を受けないことについても説明を受けました。

以上のことを理解したうえで、私の意志により、この研究に参加することに同意します。

説明を受け、理解した項目は次のとおりです。

([] の中にご自身で○を付けてください。)

- ☐ 研究の参加期間
- ☐ 研究の意義および目的
- ☐ 研究の方法
- ☐ 研究に参加する予定被験者数
- ☐ 研究参加の利益と不利益
- ☐ 研究に参加しない場合
- ☐ プライバシーの保護と結果公表
- ☐ 費用の負担に関すること

本人

氏名

印

住所

代諾者

氏名

印：続柄

住所

説明者 職名

氏名

印

説明者 職名

氏名

印

連絡先

TEL

住所

* この同意書は、返送せずに各医療機関に保管して下さい。

参加申込用紙

参加施設名	
* 施設略式名	
代表医師	科 先生
住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	

* : 貴施設から参加頂く患者の登録番号 (ID) に使用するものです。

上記の空欄すべてに記入頂き代表竹谷までメール（p 8 参照）で送信ください。エックス線写真の整形外科的読影結果は、メールで返信するためメールアドレスの登録のためにも、参加申込用紙内の E-mail アドレスを使用してお送りくださいますようお願い申し上げます。

ID	施設名	検査者		施設名		検査者		施設名		検査者	
		レントゲンNo	AP	Lat	所見	所見	所見	所見	所見	所見	
所見 アライメント	部位 正面	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	外反	<input type="checkbox"/>	中間	<input type="checkbox"/>	内反	<input type="checkbox"/>	
骨端	内上顆 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	閉鎖	<input type="checkbox"/>	肥大	<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	萎縮
	外上顆 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	閉鎖	<input type="checkbox"/>	肥大	<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	萎縮
	橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	閉鎖	<input type="checkbox"/>	肥大	<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	萎縮
	橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	閉鎖	<input type="checkbox"/>	肥大	<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	萎縮
	肘頭 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	閉鎖	<input type="checkbox"/>	肥大	<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	萎縮
軟骨下骨の不整	上腕骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	尺骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	上腕骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
関節面の適合性	腕尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>	不良				
	腕橈関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>	不良				
	上橈尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>	不良				
	腕尺関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>	不良				
	腕橈関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>	不良				
関節裂隙狭小化	腕尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	腕橈関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	上橈尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	腕尺関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	腕橈関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
骨吸収・侵食	上腕骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数		
	上腕骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数		
	橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数		
	尺骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数		
	上腕骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数		
	橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数		
骨融解・破壊	上腕骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	上腕骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	尺骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	上腕骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
骨硬化	上腕骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	上腕骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	尺骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	上腕骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		
	橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明		

ID		施設名						検者	
		<右・左> 肘							
	レントゲンNo	AP	Lat						
所見	部位					所見			
骨のう胞	上腕骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	上腕骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	尺骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	上腕骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	尺骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
巨大骨のう胞	上腕骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	上腕骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	尺骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	上腕骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	尺骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
骨棘	上腕骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	上腕骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	尺骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	上腕骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	尺骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
脱臼	腕尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	亜脱臼	<input type="checkbox"/>	脱臼
	腕橈関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	亜脱臼	<input type="checkbox"/>	脱臼
	上橈尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	亜脱臼	<input type="checkbox"/>	脱臼
	腕尺関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	亜脱臼	<input type="checkbox"/>	脱臼
	腕橈関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	亜脱臼	<input type="checkbox"/>	脱臼
骨梁の粗造化	上腕骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	上腕骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	尺骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	上腕骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	尺骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
石灰化	腕尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	腕橈関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	上橈尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	腕尺関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
	腕橈関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度	<input type="checkbox"/>	著明
関節遊離体	腕尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	腕橈関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	上橈尺関節 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	腕尺関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数
	腕橈関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	一箇所	<input type="checkbox"/>	多数

施設名 _____.

右肘/左肘

ID _____.

ID	施設名	検者
<右・左> 肘		
レントゲンNo	AP	Lat
部位	所見	
骨折		
上腕骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし
上腕骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし
橈骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし
尺骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし
上腕骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし
橈骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし
尺骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし

コメント

ID	施設名	検者	<右・左>膝			
			レントゲンNo	AP	Lat	PF
アライメント	正面	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 外反	<input type="checkbox"/> 中間	<input type="checkbox"/> 内反	
骨端線	大腿骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮
	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮
	大腿骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮
軟骨下骨の不整	大腿骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	大腿骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
関節面の適合性	膝関節内側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良		
	膝関節外側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良		
	膝関節 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良		
	PF関節 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良		
関節裂隙狭小化	膝関節内側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	膝関節外側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	膝関節 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
骨吸収・侵食	大腿骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	大腿骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	脛骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	脛骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	大腿骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
骨融解・破壊	大腿骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	大腿骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	脛骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	脛骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	大腿骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明	

ID	施設名	<右・左>膝				検者
		レントゲンNo	AP	Lat	PF	
所見 骨硬化	部位				所見	
	大腿骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	大腿骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	脛骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	脛骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	大腿骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
骨のう胞	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	大腿骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	大腿骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	脛骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	脛骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	大腿骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
巨大骨のう胞	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	大腿骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	大腿骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	脛骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	脛骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	大腿骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
骨棘	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	大腿骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	大腿骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	脛骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	脛骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	大腿骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
骨梁の粗造化	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 一箇所 <input type="checkbox"/> 多数
	大腿骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	大腿骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	脛骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	脛骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	大腿骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
石灰化	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	膝関節内側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	膝関節外側 (AP)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	膝関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明
	PF関節 (Lat)	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 著明

施設_____

右膝/左膝

ID_____

ID	施設名	_____				検者
		<右・左>膝				
所見	レントゲンNo	AP	Lat	PF	所見	
関節遊離体	部位					
	膝関節内側(AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	膝関節外側(AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	膝関節(Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数	
	Fabella		なし	あり		
骨折	大腿骨内側(AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 治癒後	
	大腿骨外側(AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 治癒後	
	脛骨内側(AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 治癒後	
	脛骨外側(AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 治癒後	
	腓骨(AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 治癒後	
	大腿骨(Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 治癒後	
	脛骨(Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 治癒後	
	腓骨(Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 治癒後	

コメント

施設名 _____

右足/左足

ID _____

ID	施設名	レントゲンNo	AP		Lat		検者
			<右・左>足				
			部位	所見	所見	所見	
アライメント	正面		<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 外反	<input type="checkbox"/> 中間	<input type="checkbox"/> 内反	
骨端線	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮	
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮	
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮	
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 閉鎖	<input type="checkbox"/> 肥大	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 萎縮	
軟骨下骨の不整	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	距骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	距骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
関節面の適合性	距腿関節 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良			
	脛腓関節 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良			
	距腿関節 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良			
	距骨下関節 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良			
関節裂隙狭小化	距腿関節 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	脛腓関節 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	距腿関節 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	距骨下関節 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
骨吸収・侵食	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数		
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数		
	距骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数		
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数		
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数		
	距骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数		
	踵骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数		
骨融解・破壊	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	距骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	距骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	踵骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
骨硬化	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	距骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	距骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		
	踵骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明		

ID	施設名				検者
	<右・左>足				
所見	レントゲンNo	AP	Lat	所見	
骨のう胞	部位				
	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	距骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	距骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
巨大骨のう胞	踵骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	距骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	距骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
骨棘	踵骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	脛骨:内果 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	腓骨:外果 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	距骨内側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	距骨外側 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	脛骨腹側 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	脛骨背側 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
骨梁の粗造化	距骨腹側 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	距骨背側 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	脛骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
	腓骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
	距骨 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
	脛骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
	腓骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
石灰化	距骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
	踵骨 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
	距腿関節 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
	脛腓関節 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
関節遊離体	距腿関節 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 著明
	距骨下関節 (Lat)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	距腿関節 (AP)	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	Os Subtibiale	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 一箇所	<input type="checkbox"/> 多数
	Os Trigonum	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		

施設名 _____

右足/左足

ID _____

ID	施設名	検者
	<div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> レントゲンNo AP Lat </div> <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 部位 所見 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 骨折 部位 </div> </div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 脛骨 (AP) □ 不可 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 腓骨 (AP) □ 不可 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 距骨 (AP) □ 不可 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 脛骨 (Lat) □ 不可 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 腓骨 (Lat) □ 不可 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 距骨 (Lat) □ 不可 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 踵骨 (Lat) □ 不可 </div> </div> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> なし □ なし </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> なし □ なし </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> なし □ なし </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> なし □ なし </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> なし □ なし </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> なし □ なし </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> なし □ なし </div> </div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> あり □ あり </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> あり □ あり </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> あり □ あり </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> あり □ あり </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> あり □ あり </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> あり □ あり </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> あり □ あり </div> </div> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 治癒後 □ 治癒後 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 治癒後 □ 治癒後 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 治癒後 □ 治癒後 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 治癒後 □ 治癒後 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 治癒後 □ 治癒後 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 治癒後 □ 治癒後 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 治癒後 □ 治癒後 </div> </div> </div>	

コメント