XI. 研究実施体制

主任研究者	東北大学大学院医学系研究科	神経外科学分野	吉本高志
統計解析総括者	東北大学大学院医学系研究科	公衆衛生学分野	辻　一郎
症例登録管理者	京都大学大学院医学研究科	臨床疫学	福井次矢
研究事務局	京都大学大学院医学研究科	脳神経外科	宮本　享
研究企画担当	京都大学大学院医学研究科	脳神経外科	宮本　享
	国立病院九州医療センター	脳血管内科	岡田　靖

安全監視委員会

慶応義塾大学医学部神経内科　福内靖男（委員長）
岡山大学医学部脳神経外科　大本堯史

画像診断委員会

九州大学医学部	放射線部	桑原康雄（委員長）
中村記念病院	脳神経外科	中川原譲二
国立循環器病センター	脳神経外科	永田　泉
京都大学大学院医学研究科	脳神経外科	宮本　享

症例登録参加施設（平成12年12月1日現在）

北海道大学医学部附属病院	脳神経外科	宝金　清博[1]
	神経内科	菊地　誠志[3]
中村記念病院	脳神経外科	中川原譲二[2]
	神経内科	佐光　一也[3]
東北大学医学部附属病院	脳神経外科	吉本　高志[1]
	神経病態制御学分野	加藤　宏之[3]
新潟大学医学部附属病院	脳神経外科	竹内　茂和[3]
	神経内科	小野寺　理[3]
北里大学病院	脳神経外科	藤井　清孝[2]
	神経内科	鈴木　則宏[3]
名古屋市立大学医学部附属病院	脳神経外科	山田　和雄[2]
	神経内科	小鹿　幸生[3]
名古屋第二赤十字病院	脳神経外科	鈴木　善男[3]
	神経内科	安藤　哲朗[3]
京都大学医学部附属病院	脳神経外科	宮本　　享[1]
	高次脳機能総合センター臨床脳生理学	福山　秀直[3]
国立循環器病センター	脳神経外科	永田　　泉[2]
	内科脳血管部門	成冨　博章[3]
九州大学医学部附属病院	脳神経外科	福井　仁士[1]
	第二内科	井林　雪郎[3]
国立病院九州医療センター	脳神経外科	井上　　亨[3]
	脳血管内科	岡田　　靖[3]

分担研究者[1]　委託研究者[2]　研究協力者[3]

― もやもや病患者数年次報告 ―

JAM trial

1. 医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 代表者名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 日　時　：　200＿＿年1月～12月

	確実例	疑い例及び類もやもや病
新たにもやもや病と診断された患者数	＿＿人	＿＿人
虚血症状で発症したもの	＿＿人	＿＿人
出血で発症したもの	＿＿人	＿＿人
その他	＿＿人	＿＿人

・出血で発症したもやもや病確実例のうち JAM trial に登録されたもの ＿＿ 人

・出血で発症したもやもや病確実例のうち JAM trial に登録されなかったもの ＿＿人

＊その理由

登録受付：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
〒606-8507　京都市左京区聖護院川原町54
TEL: 075-751-3459　FAX: 075-752-9501
e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
（登録受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00）

JAM trial

－登録時チェックリスト・その１－

1. 医療機関名：
2. 代表者名　：　　3．担当医名：
4. 被検者イニシャル：（姓）　（名）　5．性別：□男 □女
6. カルテ番号：
7. 生年月日：　（日付を入力。ex.1975.5.7）
8. 初回出血発症ですか？　□はい □いいえ
9. 出血部位は？　□A群 □P群
10. informed consentが得られていますか？　□はい □いいえ

Inclusion criteria（以下の項目をチェックして下さい）

1. 臨床的 criteria

□ 初回出血発症時の年齢が18歳以上かつ60歳以下である。
□ ADLがほぼ自立している(Modified Rankin disability scale 0,1,2)。
□ １年以内に脳出血、脳室内出血もしくはくも膜下出血の発作を経験している。
□ 虚血・出血をふくめ最終発作から１ヶ月以上経過している。
□ 出血性発作急性期およびそれに付随する水頭症などの続発的病態に対する治療が終了して１ヶ月以上経過している。

2. 放射線学的 criteria

1) CT/MRI 所見：

□一血管支配領域にわたるような広汎な脳梗塞巣を認めない。
□脳梗塞巣はCT上のcontrast enhancementを受けない。

2) 血管造影所見：

□ウイリス動脈輪閉塞症の厚生省診断基準の確診例に基づく血管造影所見を示す。
□ウイリス動脈輪ないしその近傍の脳主幹動脈に脳動脈瘤を認めない。
（なお、本症特有の脳底部異常血管網いわゆるもやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見はこの項に規定する脳動脈瘤に含まない）

事務局記載　登録日　：
症例登録番号：
割　付　：□手術群 □非手術群 □A群 □P群

－登録時チェックリスト・その2－

JAM trial

1．医療機関名：

2．代表者名　：　　3．担当医名：

4．被検者イニシャル：（姓）　　（名）　　5．性別：□男　□女

6．カルテ番号：

Exclusion criteria（該当項目がある時にチェックして下さい）

□神経症候が重篤(Modified Rankin disability scale 3以上)
□動脈硬化性病変および塞栓性病変による内頚動脈の閉塞性病変
□悪性腫瘍、心房細動その他塞栓源となるような不整脈・心不全・肝不全・腎不全・呼吸不全
□6カ月以内の心筋梗塞および冠動脈不全
□出血時間や凝固時間の延長
□空腹時血糖値が300mg/dl以上あるいはインスリン治療を要する耐糖能低下
□拡張期血圧110mmHg以上の高血圧症
□過去にEC-IC bypass手術を施行している
□妊娠中である

登録受付：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
〒606-8507　京都市左京区聖護院川原町54
TEL: 075-751-3459　FAX: 075-752-9501
e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
(登録受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00)

＊　送信後、CTまたはMRI、脳血管撮影（両側ICAG、両側ECAG、両側または一側のVAGにおいて、early arterial phaseおよびlate arterial phaseで、もやもや血管の発達具合が明瞭に分かるもの）、脳血流検査（安静時およびdiamox負荷後）のkey filmを各１枚複写して郵送してください。

＊　eligibility検討の後、FAXでご連絡いたしますので連絡先FAX番号を下記に記入してください。

連絡先FAX:

事務局記載　登録日　：
症例登録番号：
割　付　：□手術群　□非手術群　□A群　□P群

－ 登録用紙・その１ －

JAM trial

1. 医療機関名：
2. 代表者名　：　　3．担当医名：
4. 被検者イニシャル：（姓）　（名）　5．性別：□男 □女
6. カルテ番号：
7. 生年月日：　（日付を入力。ex.1975.5.7）
8. 登録日　：
9. 割　付　：　□手術群 □非手術群
10. 同意取得：＿＿＿＿＿＿＿＿（日付を入力。ex.2000.5.7）
    □被検者本人 □代諾者　（続柄　　）
11. 既往疾患：□高血圧症　□糖尿病　□高脂血症
    □心臓弁膜症 □心房細動 □脳卒中（□脳出血 □脳梗塞 □その他（　　）
    □その他　（　　□血縁者もやもや病 ）
12. 初回出血発作：時期＿＿＿＿＿＿＿＿（日付を入力。ex.2000.5.7）

    神経症状（　　）

    発症様式　□脳内出血　（脳室内出血 □有り □なし ）
    □くも膜下出血のみ

    脳出血の部位　□左 □右
    □前頭葉 □頭頂葉 □側頭葉
    □視床 □被殻線条体 □後頭葉 □不明

＊　脳出血の部位については血腫の存在部位全体を示すのではなく、出血源と思われる部位をチェックしてください。

脳室内出血の部位　□左 □右
□側脳室前角 □側脳室体部 □側脳室三角部
□側脳室側頭角 □第三脳室

＊　脳室内出血の部位については血腫の存在部位全体ではなく、脳室内穿破したと思われる部位をチェックしてください。

事務局記載　登録日　：
症例登録番号：
割　付　：□手術群 □非手術群 □A群 □P群

－ 登録用紙・その２ －

JAM trial

１．医療機関名：

２．代表者名　：　　３．担当医名：

４．被検者イニシャル：（姓）　（名）　５．性別：□男 □女

６．カルテ番号：

１３．初回出血以後の再出血発作

再出血発作 □有り（回数　）
□なし

１）第２回目の出血発作　時期 _____（日付を入力。ex.2000.5.6）

神経症状（　　）

発症様式 □脳内出血　（脳室内出血 □有り □なし）
□くも膜下出血のみ

脳出血の部位 □左 □右
□前頭葉 □頭頂葉 □側頭葉
□視床 □被殻線条体 □後頭葉 □不明

＊ 脳出血の部位については血腫の存在部位全体を示すのではなく、出血源と思われる部位をチェックしてください。

脳室内出血の部位 □左 □右
□側脳室前角 □側脳室体部 □側脳室三角部
□側脳室側頭角 □第三脳室

＊ 脳室内出血の部位については血腫の存在部位全体ではなく、脳室内穿破したと思われる部位をチェックしてください。

事務局記載　登録日　：
症例登録番号：
割　付　：□手術群 □非手術群 □A群 □P群

－ 登録用紙・その３ －

JAM trial

１．医療機関名：

２．代表者名　：　　３．担当医名：

４．被検者イニシャル：（姓）　　（名）　　５．性別：□男　□女

６．カルテ番号：

２）第３回目の出血発作　時期 _____ （日付を入力。ex.2000.5.7）

神経症状（　　）

発症様式　□脳内出血　　（脳室内出血　□有り　□なし）
□くも膜下出血のみ

脳出血の部位　□左　□右
□前頭葉　□頭頂葉　□側頭葉
□視床　□被殻線条体　□後頭葉　□不明

脳室内出血の部位　□左　□右
□側脳室前角　□側脳室体部　□側脳室三角部
□側脳室側頭角　□第三脳室

３）第４回目の出血発作　時期 _____ （日付を入力。ex.2000.5.7）

神経症状（　　）

発症様式　□脳内出血　　（脳室内出血　□有り　□なし）
□くも膜下出血のみ

脳出血の部位　□左　□右
□前頭葉　□頭頂葉　□側頭葉
□視床　□被殻線条体　□後頭葉　□不明

脳室内出血の部位　□左　□右
□側脳室前角　□側脳室体部　□側脳室三角部
□側脳室側頭角　□第三脳室

１４．最終出血発作：　時期 _____ （日付を入力。ex.2000.5.7）

事務局記載　登録日　：

症例登録番号：

割　付　：□手術群　□非手術群　□A群　□P群

― 登録用紙・その4 ―

JAM trial

1．医療機関名：

2．代表者名　：　　3．担当医名：

4．被検者イニシャル：（姓）　（名）　5．性別：□男 □女

6．カルテ番号：

15. 脳虚血発作の既往　□なし □あり (時期　　)(日付を入力。ex.2000.5.7)

症状　□右片麻痺 □左片麻痺 □失語症 □その他（　　）

時間経過　□TIA □minor completed stroke

16. 脳循環：定量法 _____

1）基底核部スライス

左側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
左側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
左側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
左側被殻線条体　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
左側視床　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%

右側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
右側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
右側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
右側被殻線条体　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
右側視床　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%

2）半卵円中心スライス

左側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
左側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
左側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%

右側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
右側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%
右側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分（正常値の_____%）、VR_____%

＊　出血及び梗塞部位はROIから外して定量してください。

事務局記載　登録日　：

症例登録番号：

割　付　：□手術群 □非手術群 □A群 □P群

― 登録用紙・その５ ―

JAM trial

1．医療機関名：

2．代表者名　：　　3．担当医名：

4．被検者イニシャル：（姓）　　（名）　　5．性別：□男 □女

6．カルテ番号：

17. 血管撮影所見

1）左側

ICA領域　　鈴木分類 ____ 期

もやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見 □あり □なし

PCA領域: PCAあるいはVA/BA の狭窄・閉塞 □あり □なし

もやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見 □あり □なし

2）右側

ICA領域　　鈴木分類 ____ 期

もやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見 □あり □なし

PCA領域: PCAあるいはVA/BA の狭窄・閉塞 □あり □なし

もやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見 □あり □なし

18. 登録時のADL: Modified Rankin Disability Scale □0 □1 □2

19. 出血時間・凝固時間 (PT, APTT)の延長 □あり □なし

出血時間 _____分　PT _____秒 (International Normalized Ratio ____)

APTT _____秒

20. 原則的に禁忌の併用薬

抗血小板剤　□あり □なし　　抗凝固剤　□あり □なし

事務局記載　登録日　：

症例登録番号：

割　付　：□手術群 □非手術群 □A群 □P群

登録受付：　JAM trial 研究事務局

京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
〒606-8507　京都市左京区聖護院川原町54
TEL: 075-751-3459　FAX: 075-752-9501
e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
(登録受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00)

症例登録管理者　：　京都大学大学院医学研究科　臨床疫学　福井次矢

－外科治療の報告－

JAM trial

1．医療機関名：

2．代表者名　：　　3．担当医名：

4．被検者イニシャル：　(姓)　　(名)　　5．性別：□男　□女

6．カルテ番号：

7．生年月日：

8．手術（血行再建術）

1）左側　手術日：＿＿＿＿＿＿＿＿（日付を入力。ex. 2000.5.7）

術式：　STA-MCA吻合術　□single　□double　□triple

その他直接バイパス　□　（術式名　　）

間接バイパスの追加　□E.M.S　□E.D.A.S

□その他（術式名　　）

2）右側　手術日：＿＿＿＿＿＿＿＿（日付を入力。ex. 2000.5.7）

術式：　STA-MCA吻合術　□single　□double　□triple

その他直接バイパス　□　（術式名　　）

間接バイパスの追加　□E.M.S　□E.D.A.S

□その他　（術式名　　）

3）その他の血行再建術　手術日：＿＿＿＿＿＿＿＿（日付を入力。ex. 2000.5.7）

手術側：□右側　□左側

術式：　STA-MCA吻合術　□single　□double　□triple

その他直接バイパス　□　（術式名　　）

間接バイパスの追加　□E.M.S　□E.D.A.S

□その他　（術式名　　）

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
TEL: 075-751-3459　FAX: 075-752-9501
e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
（受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00）

事務局記載　登録日　：

症例登録番号：

割　付　：□手術群　□非手術群　□A群　□P群

JAM trial

－登録6カ月後の報告・その1－

1. 医療機関名：

2. 代表者名　：　　3．担当医名：

4. 被検者イニシャル：　(姓)　　(名)　　5．性別：□男　□女

6. カルテ番号：

7. 生年月日：　　(日付を入力。ex.1975.5.7)

8. 神経学的所見：

登録時に比べ　□改善　□不変　□悪化

9. ADL：Modified Rankin Disability Scale　□(0~6)　(3以上は別紙にて報告のこと)

登録時に比べ　□改善　□不変　□悪化

10. 登録後の再出血発作　　□あり　□なし

11. CT/MRI所見：新たな変化　　□なし　□あり　(部位　　)

12. 出血時間・凝固時間(PT, APTT)の延長　　□あり　□なし

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
TEL: 075-751-3459　FAX: 075-752-9501
e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
(受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00)

事務局記載　　登録日　　：
症例登録番号：
割　付　　：□手術群　□非手術群　□A群　□P群

－登録6カ月後の報告・その２－

JAM trial

１．医療機関名：

２．代表者名　：　　３．担当医名：

４．被検者イニシャル：（姓）　（名）　５．性別：□男　□女

６．カルテ番号：

11.　脳循環：定量法 _____

1）基底核部スライス

左側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側被殻線条体　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側視床　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

右側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側被殻線条体　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側視床　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

2）半卵円中心スライス

左側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

右側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

＊　出血及び梗塞部位はROIから外して定量してください。

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
FAX: 075-752-9501　　e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
（受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00）

*送信ののち、CTまたはMRI、脳血流検査（安静時およびdiamox負荷後）のkey film を各１枚複写して郵送してください。

事務局記載　登録日　：
症例登録番号：
割　付　：□手術群　□非手術群　□A群　□P群

ー登録6カ月後の報告・その3ー（手術群のみ）

JAM trial

1. 医療機関名：
2. 代表者名　：　　3. 担当医名：
4. 被検者イニシャル：（姓）　（名）　5. 性別：□男 □女
6. カルテ番号：

12. 周術期合併症　□なし □あり　（疾患名：　　）

原因：

神経症状の有無: □あり □なし

神経症状の程度:

術後のADL:　Modified Rankin Disability Scale □ (0~6)

術前に比べ:　□不変 □悪化

13. 脳血管撮影

左側	右側
1）直接（+間接）バイパスからの灌流域（ECAG）	
□MCA領域の1/3未満	□MCA領域の1/3未満
□MCA領域の1/3以上2/3未満	□MCA領域の1/3以上2/3未満
□MCA領域の2/3以上	□MCA領域の2/3以上

2）もやもや血管の変化

左ICA領域: □縮小 □不変 □増大　右ICA領域: □縮小 □不変 □増大

左PCA領域: □縮小 □不変 □増大　右PCA領域: □縮小 □不変 □増大

3）登録時における動脈瘤様血管拡張所見の存在：□なし □あり（次項目チェック）

4）もやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見の変化

左ICA領域: □消失 □縮小 □不変 □拡大　右ICA領域: □消失 □縮小 □不変 □拡大

左PCA領域: □消失 □縮小 □不変 □拡大　右PCA領域: □消失 □縮小 □不変 □拡大

5）動脈瘤様血管拡張所見の新生：□なし □あり（□左 □右 部位＿＿＿＿＿＿）

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
TEL: 075-751-3459　FAX: 075-752-9501
e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp

*手術群は脳血管撮影（両側ICAG、両側ECAG、両側または一側のVAGにおいて、early arterial phaseおよびlate arterial phaseで、もやもや血管の発達具合が明瞭に分かるもの）のkey filmも各1枚複写して郵送してください。

事務局記載　登録日　：

症例登録番号：

割　付　：□手術群 □非手術群 □A群 □P群

ー登録1年後の報告・その1ー

JAM trial

1. 医療機関名：
2. 代表者名　：　　3. 担当医名：
4. 被検者イニシャル：（姓）　（名）　5. 性別：□男 □女
6. カルテ番号：
7. 生年月日：　（日付を入力。ex.1975.5.7）
8. 神経学的所見：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登録時に比べ □改善 □不変 □悪化

9. ADL：Modified Rankin Disability Scale □(0~6)　(3以上は別紙にて報告のこと)

登録時に比べ □改善 □不変 □悪化

10. 登録後の再出血発作　□あり □なし

11. CT/MRI所見：新たな変化　□なし □あり　(部位　　)

12. 出血時間・凝固時間(PT, APTT)の延長　□あり □なし

13. MRA所見：

1) ウイリス動脈輪における新生動脈瘤　□あり □なし

2) 直接（＋間接）バイパスからの灌流（手術群のみ）

左　側	右　側
□確認できない	□確認できない
□確認できる	□確認できる
□非常によく確認できる	□非常によく確認できる

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
TEL: 075-751-3459　FAX: 075-752-9501
e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
(受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00)

事務局記載　登録日　：
症例登録番号：
割　付　：□手術群 □非手術群 □A群 □P群

－登録１年後の報告・その２－

１．医療機関名：

２．代表者名　：　　３．担当医名：

４．被検者イニシャル：（姓）　　（名）　　５．性別：□男　□女

６．カルテ番号：

11．　脳循環：定量法 _____

1）基底核部スライス

左側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側被殻線条体　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側視床　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

右側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側被殻線条体　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側視床　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

2）半卵円中心スライス

左側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

右側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

＊　出血及び梗塞部位はROIから外して定量してください。

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
FAX: 075-752-9501　e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
（受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00）

＊送信ののち、CTまたはMRI、MRA、脳血流検査（安静時およびdiamox負荷後）のkey filmを各１枚複写して郵送してください。

事務局記載　登録日　：
症例登録番号：
割　付　：□手術群　□非手術群　□A群　□P群

−再出血発作の報告・その1−

JAM trial

1. 医療機関名：
2. 代表者名　：　　3．担当医名：
4. 被検者イニシャル：（姓）　（名）　5．性別：□男 □女
6. カルテ番号：
7. 生年月日：　（日付を入力。ex.1975.5.7）
8. 再出血発作　時期 _____（日付を入力。ex.2000.5.7）

1）発症様式　□脳内出血　（脳室内出血 □あり □なし　）
□くも膜下出血のみ

2）前回出血との関係

□前回発作と同側　□前回発作の対側
□前回発作と同部位あるいは連続した部位　□前回発作と同側で前回発作からは離れた部位

3）今回再出血がみられた部位

脳出血の部位　□左 □右

□前頭葉 □頭頂葉 □側頭葉
□視床 □被殻線条体 □後頭葉 □不明

＊ 脳内出血の部位については血腫の存在部位全体を示すのではなく、出血源と思われる部位をチェックして下さい。

脳室内出血の部位 □左 □右

□側脳室前角 □側脳室体部 □側脳室三角部
□側脳室側頭角 □第三脳室

＊ 脳室内出血の部位については血腫の存在部位全体を示すのではなく、脳室内穿破したと思われる部位をチェックして下さい。

9. 神経学的所見：

登録時に比べ　□改善 □不変 □悪化

10. ADL：Modified Rankin Disability Scale　□(0~6)

登録時に比べ　□改善 □不変 □悪化

11. 出血時間・凝固時間（PT, APTT）の延長：　□あり □なし

出血時間 _____ 分　PT ____ 秒（INR ____）　APTT _____ 秒

12. 原則的に禁忌の併用薬：　抗血小板剤 □あり □なし　抗凝固剤 □あり □なし

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
FAX: 075-752-9501　e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
（受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00）

事務局記載　登録日　：

症例登録番号：

割　付　：□手術群 □非手術群 □A群 □P群

－再出血発作の報告・その２－

JAM trial

１．医療機関名：

２．代表者名　：　　３．担当医名：

４．被検者イニシャル：（姓）　　（名）　　５．性別：□男　□女

６．カルテ番号：

13.　脳循環：定量法 _____

1）基底核部スライス

左側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側被殻線条体　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側視床　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

右側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側被殻線条体　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側視床　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

2）半卵円中心スライス

左側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
左側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

右側ACA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側MCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%
右側PCA領域　安静時CBF_____ml/100g/分　（正常値の_____%）、VR_____%

＊　出血及び梗塞部位はROIから外して定量してください。

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
FAX: 075-752-9501　e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
（受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00）

事務局記載　登録日　：
症例登録番号：
割　付　：□手術群　□非手術群　□A群　□P群

－再出血発作の報告・その3－

JAM trial

1．医療機関名：

2．代表者名　：　　3．担当医名：

4．被検者イニシャル：（姓）　（名）　5．性別：□男 □女

6．カルテ番号：

14. 血管撮影所見：

1）左側

ICA 領域：　鈴木分類　　期

もやもや血管の経時的変化（登録時と比較して）

□縮小 □不変 □増大

もやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見

□なし □あり　（有りの場合次項目チェック）

動脈瘤様血管拡張所見の経時的変化（登録時と比較して）

□消失 □縮小 □不変 □拡大 □新生

PCA 領域：左PCAあるいはVA/BAの狭窄・閉塞　□あり □なし

もやもや血管の経時的変化（登録時と比較して）

□縮小 □不変 □増大

もやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見

□なし □あり　（有りの場合次項目チェック）

動脈瘤様血管拡張所見の経時的変化（登録時と比較して）

□消失 □縮小 □不変 □拡大 □新生

ECAG: 直接（+間接）バイパスからの灌流域

□MCA領域の1/3未満 □MCA領域の1/3以上2/3未満 □MCA領域の2/3以上

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
FAX: 075-752-9501　e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp
（受付は休日を除く月曜～金曜　9：30～17：00）

事務局記載　登録日　：

症例登録番号：

割　付　：□手術群 □非手術群 □A群 □P群

―再出血発作の報告・その4―

JAM trial

1．医療機関名：

2．代表者名　：　　3．担当医名：

4．被検者イニシャル：（姓）　　（名）　　5．性別：□男　□女

6．カルテ番号：

2）右側

ICA 領域：　鈴木分類　　期

もやもや血管の経時的変化（登録時と比較して）

□縮小　□不変　□増大

もやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見

□なし　□あり　（有りの場合次項目チェック）

動脈瘤様血管拡張所見の経時的変化（登録時と比較して）

□消失　□縮小　□不変　□拡大　□新生

PCA 領域：右PCAあるいはVA/BAの狭窄・閉塞　□あり　□なし

もやもや血管の経時的変化（登録時と比較して）

□縮小　□不変　□増大

もやもや血管に存在する動脈瘤様血管拡張所見

□なし　□あり　（有りの場合次項目チェック）

動脈瘤様血管拡張所見の経時的変化（登録時と比較して）

□消失　□縮小　□不変　□拡大　□新生

ECAG: 直接（+間接）バイパスからの灌流域

□MCA領域の1/3未満　□MCA領域の1/3以上2/3未満　□MCA領域の2/3以上

送信先：　JAM trial 研究事務局
京都大学大学院医学研究科脳神経外科内
TEL: 075-751-3459　FAX: 075-752-9501
e-mail: moya@kuhp.kyoto-u.ac.jp

＊　送信後、CTまたはMRI、脳血管撮影（両側ICAG、両側ECAG、両側または一側のVAGにおいて、early arterial phaseおよびlate arterial phaseで、もやもや血管の発達具合が明瞭に分かるもの）、脳血流検査（安静時およびdiamox負荷後）のkey filmを各１枚複写して郵送してください。

事務局記載　　登録日　　：　　症例登録番号：

割　付　　：□手術群　□非手術群　□A群　□P群