

- 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頸動脈の閉塞性病変
- 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

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：

1.3. 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

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

1 4. 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

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

- 登録6カ月後の報告・その 3 - (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) もよもや血管の変化

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) もよ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、もよ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

- 登録1年後の報告 -

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： (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) ウィ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

- 確認できない
確認できる
非常によく確認できる

右側

- 確認できない
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

- 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

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

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. 脳梗塞発作年月日： _____ (日付を入力。ex.2000.5.7)
8. 脳虚血発作の症状/発作型
神経学的所見： _____
TIA completed stroke
9. 脳虚血発作後の ADL：Modified Rankin Disability Scale (0-6)
登録時に比べ 不変 悪化
10. CT,MRI所見：脳梗塞部位：左 右
前頭葉 頭頂葉 側頭葉 後頭葉
視床 被殻線条体 脳幹部
11. 死亡年月日： _____ (日付を入力。ex.2000.5.7)

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)

* FAXまたはe-mailで送信後、CTまたはMRI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

- 登録後の新たな手術の施行の報告 -

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. 登録後の新たな手術の施行理由：

- 1) 内科医の判断で外科治療へ移行
 2) 登録3ヶ月以上後のバイパスの再手術
 3) 頭蓋内における他の部位の手術

具体的理由

その他； _____

8. 新たな手術の年月日： _____ (日付を入力。ex.2000.5.7)

9. 新たな手術の術式：

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

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 2 年後の報告 -

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：(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) ウィ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

- 確認できない
確認できる
非常によく確認できる

右側

- 確認できない
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