

- 登録用紙・その1 -

JAM (suppl.)

1. 医療機関名：
2. 代表者名： 3. 担当氏名：
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：

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

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：
 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 施行日 _____ (日付を入力。ex.2000.5.7)
 最終発作後1ヶ月以上経過し、登録前60日以内のものを用いる

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 _____ %

3) 小脳スライス

左側小脳半球領域	安静時CBF _____ ml/100g/分	(正常値の _____ %)	、VR _____ %
右側小脳半球領域	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

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 (suppl.) 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 1 -

JAM (suppl.)

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) (4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 (suppl.) 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

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 _____

施行日 _____ (日付を入力。ex.2000.5.7)

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	_____ %

3) 小脳スライス

左側小脳半球領域	安静時CBF	_____ ml/100g/分	(正常値の _____ %)	、VR	_____ %
右側小脳半球領域	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 (suppl.) 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

- 登録6カ月後の報告・その3 - (手術群のみ)

JAM (suppl.)

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 (suppl.) 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

- 登録1年後の報告 -

JAM (suppl.)

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) (4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 (suppl.) 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 (suppl.)

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 (suppl.) 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：
 13. 脳循環：定量法

施行日 _____ (日付を入力。ex.2000.5.7)

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 _____ %

3) 小脳スライス

左側小脳半球領域	安静時CBF _____ ml/100g/分	(正常値の _____ %)	、VR _____ %
右側小脳半球領域	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 (suppl.) 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 (suppl.) 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：

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 (suppl.) 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

- 脳虚血発作による死亡、 disability の報告 -

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 (suppl.) 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2年後の報告 -

JAM (suppl.)

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) (4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 (suppl.) 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3年後の報告 -

JAM (suppl.)

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) (4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 (suppl.) 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