

- 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 以上2/3 未満

MCA領域の2/3 以上

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

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

- 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 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。

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

- 脳虚血発作による死亡、 disability 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. 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

- 再出血発作による死亡の報告 -

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. 再出血発作年月日 : _____ (日付を入力。ex.2000.5.7)
8. 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3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

- 登録4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

- 登録 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

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

- もやもや病患者年次報告 -

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)

- 登録 年後の報告 -

JAM nonrandomized database

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
5. カルテ番号：
6. 生年月日： (日付を入力。ex.1975.5.7)

7. 神経学的所見： _____

登録時に比べ 改善 不変 悪化

CT/MRI所見：新たな変化 なし あり

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

登録時に比べ 改善 不変 悪化

9. 登録後の再出血発作 あり なし

再出血発作年月日： _____ (日付を入力。ex.2000.5.7)

10. 死亡年月日： _____ (日付を入力。ex.2000.5.7)

原因疾患： _____ (原因不明)

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： -