

吹田地域循環器病発症登録資料の利用

に関する規程様式一覧 (案)

〔統計資料関係 (第 4 条～第 7 条)〕

様式第 1 号 吹田地域循環器病発症登録、登録資料提供申請書(1)

様式第 2 号 吹田地域循環器病発症登録、登録資料受領書(1)

〔予後情報等関係 (第 8 条～第 9 条)〕

様式第 3 号 吹田地域循環器病発症登録、登録資料提供申請書(2)

様式第 4 号 吹田地域循環器病発症登録、登録患者予後情報の報告書

様式第 5 号 吹田地域循環器病発症登録、登録資料受領書(2)

〔個人を特定しうる可能性のある情報を含む資料関係 (第 10 条～16 条)〕

様式第 6 号 吹田地域循環器病発症登録、登録資料提供申請書(3)

様式第 7 号 資料利用に関する誓約書

様式第 8 号 資料利用承認書

様式第 9 号 吹田地域循環器病発症登録、登録資料受領書(3)

様式第 10 号 吹田地域循環器病発症登録、登録資料返却・消去報告書

〔資料利用状況の報告関係 (第 18 条)〕

様式第 11 号 資料利用状況報告書

統計資料：統計解析を目的とし、純粋な集計数値及び施設名、施設内患者 I D、氏名、住所、生年月日を削除した連結不可能匿名化情報（以下「統計資料」という。）の利用を希望するものは、吹田地域循環器病発症登録協議会理事長あてに「資料提供申請書（1）」（様式第 1 号）により利用申請しなければならない。

予後情報等：①当該吹田地域循環器病発症登録関係医療機関から届出のあった患者の登録票の写し

②当該吹田地域循環器病発症登録関係医療機関から届出のあった患者の予後情報

個人を特定しうる可能性のある情報を含む資料：脳卒中・急性心筋梗塞等の診断、治療及び予防を研究目的とし、個人を特定しうる可能性のある情報を含む資料（予後情報等を除く）

(様式第 1 号)

吹田地域循環器病発症登録協議会
理事長 様

申請年月日

医療機関 (施設) 名

申請医師 (者)：所属科 (課)

科 (課)・職名

氏 名

印

吹田地域循環器病発症登録資料提供申請書(1)(案)

「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 4 条により、下記のとおり、登録資料の提供を申請します。

なお、資料の利用にあたっては、「吹田市個人情報保護条例」の趣旨に鑑み、「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 7 条の利用者の責務を遵守します。

記

1 研究目的

2 必要とする集計数値等 (どのような条件での集計が具体的に) ご記入ください。

3 提供希望媒体 (いずれかを選択、但し統計出力表については帳票で提供)
ア 帳票
イ 磁気媒体

4 資料の利用期間
平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

5 提供された場合の資料の管理責任者の職名及び氏名

6 提供された場合の資料の管理場所

7 公表先並びにその内容の報告 (公表する場合にのみご記入ください。)

(1) 公表先:

(2) 口頭発表の場合は、口頭要旨 (スライドのコピーを含む) を、論文掲載の場合は、その全文のコピーを吹田地域循環器病発症登録協議会に提出すること。

なお、口頭、掲載の場合には、吹田地域循環器病発症登録事業の資料を利用したことを、明示あるいは記載しなければならない。

8 その他特記事項

(様式第 2 号)

吹田地域循環器病発症登録資料 受領書(1)(案)

平成 年 月 日付、承認番号 で承認された吹田地域循環器病発症登録資料を受領しました。

なお、提供された資料の保管、利用については、「吹田市個人情報保護条例」の趣旨に鑑み、「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 7 条の利用者の責務を遵守します。

また、第 17 条の資料利用の明示と研究報告についても遵守します。

受領年月日 平成 年 月 日
 医療機関(施設)名
 受領医師(者): 所属科(課) 科(課)・職名

氏名 印

吹田地域循環器病発症登録協議会
理事長

(様式第 3 号)

吹田地域循環器病発症登録協議会
理事長

申請年月日 : 年 月 日
 申請医療機関名 :
 代表者氏名 :
 申請医師 : 所属科 科・職名
 氏名 印

吹田地域循環器病発症登録資料提供申請書(2)(案)

下記名簿に記載の患者は、当院で診断し、脳卒中・急性心筋梗塞等患者(疑いも含む)として貴協議会実行推進事務局に報告しましたが、
 ア 当院で保管していた脳卒中・急性心筋梗塞等患者の情報を(紛失・処分)したので、貴協議会実行推進事務局で保管している登録データを提供いただきますようお願いいたします。

イ その後の経過について把握不能となりましたので、「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 8 条により、下記のとおり、貴協議会実行推進事務局で把握されている予後情報についてお知らせくださるようお願いいたします。

記

No.	姓	名	生年月日(西暦)	当院届出年月日
1			年 月 日	年 月 日
2			年 月 日	年 月 日
3			年 月 日	年 月 日
4			年 月 日	年 月 日
5			年 月 日	年 月 日
6			年 月 日	年 月 日
7			年 月 日	年 月 日
8			年 月 日	年 月 日

(注) 記入欄が不足の場合には同様の様式で(番号は通し番号で)別紙にご記入ください。

(様式第 4 号)

平成 年 月 日

様

吹田地域循環器病発症登録協議会理事長

吹田地域循環器病発症登録患者予後情報の報告書 (案)

先般ご依頼のありました標記の件につきまして、調査の結果下記のとおり判明しましたので報告します。

記

No.	生年月日(西暦)	予 後	死亡年月日(西暦)
1	年 月 日	生存・死亡・不明	年 月 日
2	年 月 日	生存・死亡・不明	年 月 日
3	年 月 日	生存・死亡・不明	年 月 日
4	年 月 日	生存・死亡・不明	年 月 日
5	年 月 日	生存・死亡・不明	年 月 日
6	年 月 日	生存・死亡・不明	年 月 日
7	年 月 日	生存・死亡・不明	年 月 日
8	年 月 日	生存・死亡・不明	年 月 日

(注) No.は申請書と同一の番号です。

(様式第 5 号)

吹田地域循環器病発症登録資料受領書(2) (案)

平成 年 月 日付、承認番号 で承認された吹田地域循環器病発症登録資料を受領しました。

なお、提供された資料の保管、利用については、「吹田市個人情報保護条例」の趣旨に鑑み、「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 9 条の利用者の責務を遵守します。

受領年月日 平成 年 月 日
医療機関(施設)名
受領医師(者): 所属科(課) 科(課)・職名

氏 名 印

吹田地域循環器病発症登録協議会
理事長 様

(様式第 7 号)

吹田地域循環器病発症登録協議会
理事長

平成 年 月 日

医療機関 (施設) 名
申請医師 (者): 所属科 (課) 科 (課)・職名
氏 名 印

資料利用に関する誓約書 (案)

資料の利用にあたっては、「吹田市個人情報保護条例」の趣旨に鑑み、下記に掲げる利用者の責務のほか「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 13 条から第 17 条の規定を遵守します。

- 1 承認された目的、方法以外に資料を提供しない。
- 2 資料から得た患者個人及び届出医療機関の情報を漏らさない。
- 3 資料から得た患者本人その家族及び届出医療機関と接触しない。
- 4 資料の保管に十分配慮する。

なお、遵守事項に違反したときは、提供資料の返却を求められても、また、今後の利用申請について不承認となっても一切異議申し立ていたしません。

(様式第 6 号)
吹田地域循環器病発症登録協議会
理事長

申請年月日
医療機関 (施設) 名
申請医師 (者): 所属科 (課) 科 (課)・職名
氏 名 印

吹田地域循環器病発症登録資料提供申請書 (3) (案)

「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 10 条により、下記のとおり、登録資料の提供を申請します。
なお、資料の利用にあたっては、「吹田市個人情報保護条例」の趣旨に鑑み、「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 15 条の利用者の責務を遵守します。

記

- 1 研究目的
- 2 倫理審査委員会の承認
ア 倫理審査委員会の名称 []
イ 承認年月日 平成 年 月 日
- 3 必要とする項目 (具体的に記入ください。)
- 4 提供希望媒体 (いづれかを選択、但し統計出力表については帳票で提供)
ア 帳票
イ 磁気媒体
- 5 資料の利用期間
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
- 6 提供された場合の資料の管理責任者の職名及び氏名
- 7 提供された場合の資料の管理場所
- 8 提供された場合の資料の機密保持のための具体的方策
- 9 公表先並びにその内容の報告 (公表する場合にのみご記入ください。)
(1) 公表先:
(2) 口演発表の場合は、口演要旨 (スライドの番号を含む) を、論文掲載の場合は、その全文のコピーを吹田地域循環器病発症登録協議会に提出すること。
なお、口演、掲載の場合には、吹田地域循環器病発症登録事業の資料を利用したことを、明示あるいは記載しなければならない。
- 10 その他特記事項

(様式第 8 号)

(様式第 9 号)

平成 年 月 日

吹田地域循環器病発症登録資料

受領書 (3) (案)

医療機関 (施設) 名

申請医師 (者) : 所属科 (課)

氏 名

科 (課)・職名

様

平成 年 月 日付、承認番号

で承認された吹田地域循環器病発症登録資料を受領しました。

なお、提供された資料の保管、利用については、「吹田市個人情報保護条例」の趣旨に鑑み、「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 15 条の利用者の責務を遵守します。

また、第 17 条の資料利用の明示と研究報告についても遵守します。

資料利用承認書 (案)

平成 年 月 日付受付番号 の資料提供申請について、研究内容、研究目的、研究方法が、登録資料を利用することに関して妥当であると判断するので、下記のとおり承認します。

なお、資料の利用にあたっては、「吹田市個人情報保護条例」の趣旨に鑑み、「吹田地域循環器病発症登録資料の利用に関する規程」第 15 条の利用者の責務を遵守してください。

受領年月日 平成 年 月 日

医療機関 (施設) 名

受領医師 (者) : 所属科 (課)

科 (課)・職名

氏 名

印

吹田地域循環器病発症登録協議会
理事長 様

記

- 1 承認年月日
平成 年 月 日
- 2 承認番号
- 3 提供する項目
- 4 提供期間
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

(様式第 10 号)

吹田地域循環器病発症登録協議会
理事長

報告年月日
医療機関 (施設) 名
申請医師 (者) : 所属科 (課) 科 (課) ・職名

氏 名 印

吹田地域循環器病発症登録資料返却・消去報告書 (案)

平成 年 月 日付、承認番号 で利用を承認された標記登録資料の利用
期限が終了した (研究目的が完了した) ため、下記のとおり措置したので報告します。

記

- 1 返却 [平成 年 月 日]
 - 2 消去 [平成 年 月 日]
- ※ 消去方法 焼却
 裁断
 その他 []

(様式第 11 号)

平成 年 月 日

資料利用状況報告書 (案)

吹田地域循環器病発症登録協議会理事長

平成 年 月における吹田地域循環器病発症登録資料の利用状況を別紙のとお
り報告します。

別紙

吹田地域循環器病登録情報利用状況

申請年月日	申請者 所属・職名	申請者名	承認年月日	承認番号	利用期限	提供内容	研究内容

入院患者様へのお知らせ

当院では、厚生労働科学研究*による脳卒中・急性心筋梗塞の入院患者様を対象に発症登録を実施しております。ご質問またはご不明な点がございましたら、〇〇〇〇〇〇部（担当〇〇〇〇〇〇・内線〇〇〇〇）までお問い合わせください。お問い合わせがない場合には、発症情報（病名・発症日）・生年月日・性別を登録することとなっております。またこの登録の対象となった方には、さらに詳しい情報（治療内容、退院後の病状や状況）の登録にご協力いただけるよう個別にご説明に伺わせていただきます。なお、この情報は研究の目的以外には使用いたしません。

登録期間 平成18年4月～平成20年3月

〇〇〇〇〇〇〇〇病院 病院長

*厚生労働科学研究
「急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明および治療効果の評価および活用に関する研究」
主任研究者：岡山 明
事務局：国立循環器病センター 循環器病予防検診部
TEL 06-6833-5012（内線2188）

入院患者様へのお願い

当院では、厚生労働科学研究*による脳卒中・急性心筋梗塞の入院患者様を対象に発症登録を実施しております。ご質問またはご不明な点がございましたら、〇〇〇〇〇〇部（担当〇〇〇〇〇〇・内線〇〇〇〇）までお問い合わせください。お問い合わせがない場合には、発症情報（病名・発症日）・生年月日・性別を登録することとなっております。またこの登録の対象となった方には、さらに詳しい情報（治療内容、退院後の病状や状況）の登録にご協力いただけるよう個別にご説明に伺わせていただきます。なお、この情報は研究の目的以外には使用いたしません。

登録期間 平成18年4月～平成20年3月

〇〇〇〇〇〇〇〇病院 病院長

*厚生労働科学研究
「急性循環器疾患の発症登録による発症病態分析と要因解明および治療効果の評価および活用に関する研究」
主任研究者：岡山 明
事務局：国立循環器病センター 循環器病予防検診部
TEL 06-6833-5012（内線2188）

【発症登録関連施設】

吹田地域循環器病発症登録対象施設

国立循環器病センター、市立吹田市民病院、済生会吹田病院、済生会千里病院、大阪府立千里救命救急センター、医療法人協和会協和会病院、大阪大学医学部附属病院

他地域発症登録研究施設

札幌医科大学、岩手医科大学、滋賀医科大学

平成 年 月 日

(説明者) 所 属

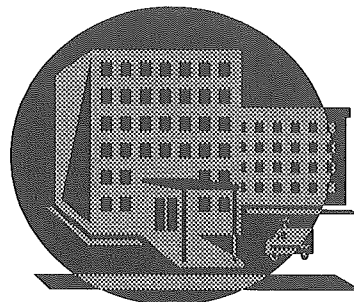
氏 名 _____ (署名)

【研究に関するご質問・お問い合わせ先】

国立循環器病センター
吹田市藤白台5-7-1 TEL(06)6833-5012
吹田地域循環器病発症登録 実行推進事務局
実行推進委員長 岡山 明 (内線2188)

「吹田地域循環器病発症登録研究」(案)

治療情報・長期健康状況把握に関する説明



吹田地域循環器病発症登録協議会

資料3（患者説明文書）

【研究目的】

この研究は脳卒中・急性心筋梗塞の発作で入院される吹田市在住の患者様を対象に入院中の臨床情報、退院後の健康状況を把握することで、たとえ病気になってもどのようにしたら健康で長生きできるかを研究するものです。

【研究への協力の任意性と撤回の自由】

この研究への協力の同意はあなたの自由意思で決めてください。強制いたしません。同意しなくてもあなたの不利益になるようなことはありません。また、一旦同意した場合でも、あなたが不利益を受けることなく、いつでも同意を撤回することができます。その場合はあなたの検査結果などは廃棄され研究目的に用いられることはありません。ただし、同意を取り消した時すでに、研究結果が論文などで公表されていた場合などのように、調査結果などを廃棄することができない場合があります。

【患者様にご協力いただくこと】

今回ご協力いただくことは、以下の点です。特に何かしていただくことはありません。

- ① 患者様の入院中の治療内容を登録させていただくこと。
- ② 診療録（以下はカルテと略す）にある住所・氏名・生年月日・性別・（被保険者番号）を用い、吹田市役所市民課で異動情報を照合させていただくこと。（年2回）
- ③ カルテにある住所・氏名・生年月日・性別・（被保険者番号）を用い吹田市介護保険課で要介護状態の照合させていただくこと。（年1回）

【研究計画書等の開示】

あなたが希望される場合、この研究の研究計画の内容を閲覧することができます。

【予測される危険性及びその対応】

登録内容については、入院中の治療内容を研究目的で提供いただくものであり、身体的な危険性ははありません。個人に関する情報を取り扱う部署で厳重に管理いたします。

【研究協力者にもたらされる利益及び不利益】

この研究の結果があなた本人にもたらす直接的利益は特にありませんが、研究の

成果は今後の医学の発展に寄与します。その結果、将来、あなたと同じような病気の方々の診断や予防、治療などがより効果的に行われる可能性があります。

【費用負担に関すること】

この研究に必要な費用は、厚生労働科学補助金循環器疾患等総合研究事業費から支出されますが、あなたの病気に対する通常の診療費については、これまで通りあなたに負担していただきます。なお、この研究による交通費、謝金等の支給は行いません。

【知的所有権に関すること】

この研究の結果として特許権等が生じる可能性があります。その権利は国、研究機関を含む共同研究機関及び研究遂行者などに属し、研究にご協力いただくあなたは属しません。また、その特許権等に関する経済的利益についても権利はありません。

【倫理的配慮】

この研究は、倫理委員会で研究計画書の内容及び実施の適否等について、科学的及び倫理的な側面が審議され承認されています。また、研究計画の変更、実施方法の変更が生じる場合には適宜審査を受け、安全性と人権に最大の配慮をいたします。

【個人情報の取り扱いに関すること】

1. この研究の目的以外に利用しません。
2. 共同研究の必要性から、別紙の共同研究者に限り、匿名化（連結不可能匿名化）して提供することがあります。第三者への情報提供は発症登録協議会の規定に基づき、倫理委員会及び自治体の個人情報保護審議会の承認を受けた上で厳正な審査のうえ決定します。
3. 分析結果は、学会、論文等により公表されることがありますが、その際には、統計的処理の結果のみが公表されます。個人に関する情報が公表されることはありません。
4. 頂いたあなたの個人情報は、この目的のためだけに設置されたコンピュータで安全に管理されます。このコンピュータが使用できる者は、決められた少人数に限定されています。
5. 吹田市民課ならびに介護保険課から照会した異動情報と要介護状態等の書類の使用後は、シュレッダー等の書類裁断機器にて破棄させていただきます。

「吹田地域循環器病発症登録研究」
治療情報・長期健康状況把握に関する同意書 (案)

吹田地域循環器病発症登録協議会会長殿
吹田 市 市 長 殿

私は、当該研究の目的、方法、内容、安全性及び危険性等について、説明文書に基づき説明しました。
平成 年 月 日

(説明者)
所 属 _____
氏 名 _____ (署名)

私は、吹田地域循環器病発症登録協議会 (*1) 定款に基づいた「吹田地域循環器病発症登録研究」
(主任研究者 岡山 明) の治療情報・長期健康状況把握に関して、その目的、方法、内容、利益及び
不利益を含む下記の事項について担当吾から説明文書を用いて説明を受け、治療情報の把握、行政か
らの異動情報・長期健康状況を把握することについて理解しました。また、同意した後であっても、
いつでも同意を撤回できること、そのことにより何ら不利益を生じないこと、疑問があればいつで
も質問できることについても説明を受け納得しました。

*1: 吹田地域循環器病発症登録協議会: 国立循環器病センター、国立吹田市市民病院、済生会吹田病院、済生会千里病院、
大阪府立千里救急センター、協利会病院、大阪大学医学部附属病院内を基幹とする協議会である。

- ・ 研究への協力の任意性と撤回の自由
- ・ 研究目的 (今回お願いすること: *2)
- ・ 研究方法: 住所・生年月日・氏名・性別による行政機関への問い合わせ
- ・ 研究計画書等の開示
- ・ 予測される危険性及びその対価
- ・ 研究協力者にもたらされる利益及び不利益
- ・ 費用負担に関すること
- ・ 知的所有権に関すること
- ・ 倫理的配慮
- ・ 個人情報保護の保護に関すること

*2: ①治療情報の登録
②診療録にある住所・氏名・生年月日・性別・(被保険者番号) を用い、市民課での異動情報の照合 (年2回)
③診療録にある住所・氏名・生年月日・性別・(被保険者番号) を用い、介護保険課での要介護状態の照合 (年1回)

ついては、この研究に対して
 同意します 同意しません (どちらかの口内にチェック印 (し) をいってください。)

平成 年 月 日
氏 名 _____ (署名)
氏 名 _____ 続柄 _____ (署名)

住所 _____

または代諾者 氏 名 _____ 続柄 _____ (署名)

情報破棄依頼書 (案)

吹田 市 市 長 殿
吹田地域循環器病発症登録協議会会長殿

私は、吹田地域循環器病発症登録協議会定款に基づいた「吹田地域循環器病発症登録研究」(主
任研究者 岡山 明) に関して、研究について協力することに同意しておりましたが、この度、
前回の同意に関して下記のとおり一部変更しますので、対象となる私の下記に示す情報を適切に
処理して頂きますようお願いいたします。

記

- 当該研究中の治療情報及び退院後の長期健康状態把握についての情報の破棄
削除をしてください。
- 当該研究中のすべての情報の破棄、削除をしてください。

平成 年 月 日
氏 名 _____ (署名)
または代諾者 氏 名 _____ 続柄 _____ (署名)
住 所 _____

上記のごとく、_____様 (ID番号 _____) から申し出がありましたので、当
該研究のために収集した試料の廃棄及びそれに付随する上記の情報の削除等の手続きをお願いし
ます。

研究計画責任者: _____ (署名)
同意の説明を行った医療従事者: _____ (署名)

(以下は実行推進事務局 (国立循環器病センター) が記入します。試料等の廃棄が完了後、本用
紙の写しをお送り致します。)

上記の個人情報および同意書が無効化されたことを確認しました。

平成 年 月 日
個人情報管理者: _____ (署名)

上記の情報が削除されたことを確認しました。

平成 年 月 日
解析責任者: _____ (署名)

様の上記の情報の削除・無効化の手続きが全て完了したことを確認しました。

平成 年 月 日
研究責任者: _____ (署名)

脳卒中発症情報・臨床情報登録票(案) 資料6 (登録票)

<発症情報> すべての登録情報の必須項目(発症情報は必ず登録に使用、網掛けは各施設に保管し、登録確認に使用)

登録医療機関	登録日	200 年 月 日	登録番号	(オートナンバー)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
施設内患者ID	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	患者氏名			
住 所	氏 名	大阪府 吹田 市	入院日	200 年 月 日		
発症日	発症後入院までの経過時間(48時間以内の場合)	200 年 月 日	転帰	時間	死亡	<input type="checkbox"/> 死亡
退院日	発作回数	200 年 月 日	前回発症日	年 月 日		
臨床診断	脳梗塞 (コアテローム血栓性)	<input type="checkbox"/>	心原性塞栓	<input type="checkbox"/>	動脈解離	<input type="checkbox"/>
	出血性疾患 (脳実質内出血)	<input type="checkbox"/>	OSA (その他)	<input type="checkbox"/>		
	可能性のある脳卒中					

同意書取得状況 同意 同意 否同意

<臨床情報> 同意取得者のみの記入項目です

身長・体重	(入院時に最も近いもの) 身長	cm	体重	kg	不明
喫煙	発症直前まで喫煙 ()	本/日	喫煙歴無し	<input type="checkbox"/>	
飲酒	やめた (喫煙年数: 年/本)	年/本	不明	<input type="checkbox"/>	
既往歴	高脂血症 (治療あり) <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	不明	<input type="checkbox"/>	
	糖尿病 (HbA1c %)	(治療あり) <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	不明	<input type="checkbox"/>
	脳梗塞	<input type="checkbox"/>	脳出血	<input type="checkbox"/>	脳動脈解離
	脳動脈解離	<input type="checkbox"/>	脳脊髄液減少症	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞
	その他脳卒中の原因となる病態 ()				
今回発作前 ADLスコア	点	速読時 ADLスコア	点		
*重症度スコア: 脳梗塞・脳出血は NIHSS Scale	<もも下出血>	WFNS Scale	参照		
入院時スコア	点	重症度時スコア	点	(入院後)	日目)
診断根拠	DMRI	CT	血管造影	<input type="checkbox"/>	不明
脳梗塞・脳出血の主病巣 (今回に限る)	部位(右) <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/>	両方 <input type="checkbox"/>	(ドテント上)	ドテント下	<input type="checkbox"/>
	大きさについて: 脳梗塞の場合(15mm以下)	1/2以上	<input type="checkbox"/>	不明	<input type="checkbox"/>
	脳出血の場合(2cm未満)	2-6cm	6cm以上	<input type="checkbox"/>	不明
	大脳皮質(下)	基底核・視床・内包・放線冠	中脳	橋	<input type="checkbox"/>
	延髄	小脳	脳室	その他	<input type="checkbox"/>
<もも下出血の主病巣 (今回に限る)>	内頸動脈系	椎骨脳底動脈系	その他		
内服治療	抗血小板薬 (アスピリン)	チクロピジン	プロスタグルン	その他	
	降圧薬	抗凝薬 (ワルファリン)	ヘパリン		
点滴治療	抗血栓薬	降圧薬	オキサゲレル Na	アルガトロン	エダラボン
	tPA 静注 (発症後 時間)	ワルファリン	ヘパリン		
外科治療 (SAH)	開頭動脈クリッピング	血管内塞栓術			
特殊治療	開頭血腫除去術 (入院後 日目)	減圧開頭術 (入院後 日目)	選択的血管造影解離法 (動注)		
	低温療法 (入院後 日目)	高圧酸素療法 (入院後 日目)			
リハビリテーション	理学療法士 (PT) による (入院後 日目より)	作業療法士 (OT) による (入院後 日目より)			
その他	言語療法士 (ST) による (入院後 日目より)				

<脳梗塞・脳内出血>: NIHSSスコアシート

1a. 意識水準

00: 完全覚醒 □1: 簡単な両眼で覚醒 □2: 繰り返し刺激、強い刺激で覚醒 □3: 完全に無反応

01: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

02: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

03: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

04: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

05: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

06: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

07: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

08: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

09: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

10: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

11: 両方正眼 □1: 片方正眼 □2: 両方正眼 □3: 両方正眼

<<もも下出血>: WFNSスコアシート

重症度

15 14-13 12-7 6-3

なし あり 有りまたはなし 有りまたはなし

Glasgow Coma Scale (意識の反映を用いる)

A. 開眼

E4 自発的に開眼する

3 言葉により開眼する

2 痛み刺激により開眼する

1 開眼しない

V5 自覚あり

4 錯乱状態

3 不適当な言葉

2 理解不能な状態

M6 命令に従う

5 痛み刺激部位に手足がくる

4 四肢を伸展する

3 四肢を屈曲する

2 全く動かさない

Modified Rankin Scale

0: 全く障害なし

1: 軽度の障害、以前の活動は障害されていないが、介助なしに自分のことできる

2: 軽度の障害、以前の活動は障害されているが、介助なしに自分のことできる

3: 中等度の障害、向らからの介助を要するが、介助なしに自分のことできる

4: 比較的高度の障害、歩行や日常生活に介助が必要

5: 高度の障害、ベッドの上の生活、失禁、常に介助が必要

6: 死亡

7: 不明

8: 不明

9: 不明

10: 不明

11: 不明

12: 不明

13: 不明

14: 不明

15: 不明

危険因子: 飲酒 多量飲酒 (3合以上)

脳梗塞・脳出血の主病巣 (大きさ) 大 中 小

心筋梗塞・急性死発症情報・臨床情報登録票(案) 資料6(登録票)

<発症情報> すべての登録患者の必須項目(発症情報は悉皆登録に使用、網掛けは各施設に保管し重複確認使用)

登録医療機関	登録日	200 年 月 日	記入者	登録番号	(オートナンバー)
施設内患者ID	生年月日	明・大・明・平 年 月 日	(フリガナ)	患者氏名	性別
住 所	大塚 町 敷田 市				性 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
発症日時(西暦)	200 年 月 日 時(24 時制)	200 年 月 日 時(24 時制)	入院日時(西暦)	200 年 月 日 時(24 時制)	
退院日	200 年 月 日	転帰	自宅	入院	死亡
発作回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 不明	前回発症日	年 月 日		
臨床診断	<input type="checkbox"/> 確定な心筋梗塞(MI) <input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(MI) <input type="checkbox"/> 除外 <input type="checkbox"/> 肉因性突然死(心発症1時間以内) <input type="checkbox"/> 発症24時間以内 <input type="checkbox"/> 不明				

同意書取得状況 同意 同意 同意

<臨床情報> 同意取得者のみの記入項目

身長・体重	(入院時に最も近いもの)身長 cm	体重 kg	不明
喫煙	<input type="checkbox"/> 発症直前まで喫煙(本/日) <input type="checkbox"/> 喫煙歴無し <input type="checkbox"/> やめた(喫煙年数 年間/本) <input type="checkbox"/> 不明		
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日本酒換算:1日 合) <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 不明		
既往歴	<input type="checkbox"/> 高脂血症(口治療あり) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 高血圧(口治療あり) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症(口治療あり) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c %)(口治療あり) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病(口治療あり) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 腎疾患		
検査部位	(心電図上) 前壁 <input type="checkbox"/> 下壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 不明、または心電図無し		
初期 Killip 分類	度 不明		
急性期治療	急性期抗血小板薬治療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(口アスピリン/口バルジン/口プレタール/口その他) 急性期抗凝薬治療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(口ヘパリン/口ワーファリン/口その他) 再灌流療法 <input type="checkbox"/> 有(発症 時間後) <input type="checkbox"/> 無(口血栓溶解薬/口POBA/口Stent/口その他) その他の治療 <input type="checkbox"/> IABP <input type="checkbox"/> PCPS <input type="checkbox"/> CABG <input type="checkbox"/> その他		
退院時 NYHA 心機能分類	度 不明		

<診断根拠>

(A) 胸痛	<input type="checkbox"/> 定型的 <input type="checkbox"/> 非定型的 <input type="checkbox"/> その他の症状 <input type="checkbox"/> 不明
(B) 心電図異常	異常 Q <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ST上昇 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 その他(局性T <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明、 <input type="checkbox"/> 不明、生序)
(C) 剖検	<input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 可能性ある所見 <input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 剖検なし、不明、生序
(D) 心筋酵素	72 時間以内最高値 : CPK U/L LDH U/L GOT U/L 不明
(E) 臨床徴候	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞・狭心症既往、冠動脈病変有り <input type="checkbox"/> 現在患なし、または不明
(1) <input type="checkbox"/> あり	急性期冠動脈造影により冠動脈なしい冠動脈の高狭狭確認
(2) <input type="checkbox"/> あり	定型的・非定型的症状があり、心エコーで心電図検査直前に冠動脈低下有り
(3) <input type="checkbox"/> あり	突然死例でCTや剖検等によって確認された心筋梗塞
(4) <input type="checkbox"/> あり	上記 A~D.(1)~(3)の各所見の原因として他の疾患が考えられる場合(心膜炎等)、または臨床的「心筋梗塞なし」が妥当と判断される場合

<Killip 分類>

- 1 度: 心不全の症状なし: 肺野に湿性ラ音なし。III 音なし。
- 2 度: 軽度~中等症の心不全あり: 全肺野の 50%以下で湿性ラ音あり。III 音聴取。軽~中等症の呼吸困難を訴えることが多い。
- 3 度: 肺水腫を伴う重症心不全: 全肺野の 50%以上で湿性ラ音あり。高度の呼吸困難を訴え、たいていの場合喘鳴を伴う。
- 4 度: 心原性ショック: 血圧 90mmHg 以下、尿量減少、チアノーゼ、意識障害を伴う。

<NYHA 心機能分類>

- 1 度: 心疾患があるが、身体活動には特に制約がなく、日常労作により、特に呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などの愁訴が生じないもの。
- 2 度: 心疾患があり、身体活動には特に制約されないが、日常労作のうち、比較的強い労作安静時または軽労作時には障害がないが、日常労作のうらち、比較的強い労作(例えば階段昇降、坂道歩行など)によって、上記の愁訴が発言するもの。
- 3 度: 心疾患があり、身体活動が著しく制約されるもの。安静時には愁訴はないが、比較的軽い日常労作でも、呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などの主訴が出現するもの。
- 4 度: 心疾患があり、いかなる程度の身体労作の際にも呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などが出現し、また心不全症状、または、狭心症候群が安静時においてもみられ、労作によりそれらが増強するもの。

<国語登録用に使用>

急性期 LVEF 値	%
急性期以外 LVEF 値	% (口LVG 口RI 口ECHO)
急性期冠動脈造影	口有(発症後 時間) 口無
病変枝数(75%以上)	枝
左主幹部(50%以上)	口有 口無

吹田地域発症登録票記載要領

吹田地域発症登録研究幹施設

地域登録番号	登録施設名
1001	国立循環器病センター
1002	吹田市民病院
1003	茨生会吹田病院
1005	茨生会千里病院・大塚府立千里救命救急センター
1014	医療法人徳和会 徳和会病院
1027	大阪大学医学部附属病院

登録対象者

吹田地区の方で下記に示すの脳卒中患者(発症後7日以内の患者)・急性心筋梗塞・急性死を発症した患者を対象とする。

- ・脳卒中について
- ・発症別に臨床診断を取得する。
- ・急性心筋梗塞について
- ・診断は総合研究 JALS (Acute Myocardial Infarction Longitudinal Study) に準拠した。すなわち急性心筋梗塞の診断は、次の2段階からなる。
- ・第一段階：総合研究基準（二次救急 MONICA 基準）に準じた診断を行う。
- ・第二段階：医療機関に印した臨床情報を加味した診断（最終診断）を行う。
- ・急性死について

他の死亡の原因となる疾患が特定できない、発症後24時間以内の死亡期

登録対象疾患

脳卒中・心筋梗塞・急性死のすべて登録患者一夕の発症情報(P2)を登録します

心筋梗塞登録 ⇒P4△

* 心筋梗塞の初発・再発共に登録

脳卒中登録 ⇒P8△

* 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の初発・再発共に登録

登録の登録の直後は、登録基準同様に確認します。登録基準例で登録してください。

発症情報登録について

すべての脳卒中、心筋梗塞、急性死の患者を対象とします。

急性死とは・・・

死亡の原因となる疾患が特定できない
発症後24時間以内の死亡例をいいます。

* 心筋梗塞・狭心症などの虚血性心疾患の既往があり、虚血性心疾患以外に死亡とみなされる原因が特定できないもの

* 心筋梗塞・狭心症などの虚血性心疾患の既往が明らかでないが、その他の死亡の原因となる疾患も特定できないもの

* 除外基準：EITCA などでの前駆症に至らなかつた場合や心不全、呼吸不全、循環不全、循環不全などによる死亡、原因となる疾患が不明な場合など特定できないもの。

下記に示す発症情報は、同疾患の有無に関わらず記入する各疾患の共通項目です。

臨床診断の項目に関しては、脳卒中、心筋梗塞、急性死それぞれの診断情報に基づいて記入する。

網掛け部分については登録の推測に使用するためのもので、各登録病院内に保管する項目です。

発症情報

登録情報	記入者	(登録同入力)	
発症日	登録番号	200 年 月 日	200 年 月 日
発症時刻	(フリガナ)	時(24時間)	時(24時間)
発症年齢	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
住所	大阪府 吹田市	発症場所	自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/>
発症日時	200 年 月 日	入院日時	200 年 月 日
(24時間)	時(24時間)	(24時間)	時(24時間)
発症日	200 年 月 日	発症日	200 年 月 日
発症時刻	初回 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>	初回発症日	200 年 月 日
発症時刻			

以下に発症情報記入に関する詳細な留意点を記載します

* 登録施設名 先に示しました医療機関の名称、医療施設番号をご記入ください。

- * 記入者 登録票記入者の氏名をご記入ください。
- * 登録日 各施設にてご記入ください。(西暦で記入)
- * 登録番号 各医療機関においての重複のない連続番号を記入します。
- * 施設別登録ID 各施設にて使用しているカルテ番号をご記入ください。
(記入されたID番号は各施設内に留める)

- * 患者氏名 氏名は楷書で記入し、フリガナを付してください。
- * 性別 該当する項目にチェックしてください。
- * 生年月日 生年月日は年号を選択し記入、もしくは西暦でご記入ください。
- * 住所 楷書で「吹田市」以下を所定欄にご記入ください。

- * 発症年月日 (国階では、吹田市以外の登録対象者もすべて記入してください)
発症年月日を西暦で、発症時間(24時間制)でご記入ください。
・心筋梗塞の場合：20分以上続く胸痛があった時点が発症時間とし、発
症が20分以上続く症状がある場合は、最初の発作時間を発症時点とする。
・症状が不明瞭な場合は、受診のきっかけとなった症状の発症時点とする。
・発症中の場合は、24時間以上持続する症状発症の最初の時点とする。
・短床時(初めて)症状が発見された場合は短床時を発症時とする。
・他疾患で入院中にそれぞれの疾患を発症した場合は、発症した日を発症日とし
てご記入ください。

- * 入院年月日 入院年月日は西暦で、入院時間(24時間制)もご記入ください。
- * 退院年月日 他疾患で入院中にそれぞれの疾患を発症した場合は、発症した日を発症日とし
入院年月日も発症された日時をご記入ください。
- * 退院年月日 退院年月日を西暦でご記入ください。

- * 転院 他科へ転院した場合は、治療が継続している場合はすべての治療終了の退院日
をご記入ください。
- * 発作回数 該当する項目にチェックしてください。
- * 前回発症日 該当する項目にチェックしてください。
ただし入院中に再発した例(1ヶ月以内(30日以内))については、一連の病態
と考え、新規登録対象となりません。
西暦でご記入ください。

心筋梗塞 臨床情報登録について

心筋梗塞を登録します。初発・再発ともに登録してください。

急性心筋梗塞発症登録の定義・・・

「胸痛」「心電図異常」「心臓異常」などMONICA基準に基づいて臨床診断された心筋梗塞
を登録する。(MONICA基準の参考文献：Circulation 1994;90:563-612)

- ① 異常Q波の出現および確実な non-Q wave infarction
冠動脈インターベンションを施行した場合には、MONICA基準にはこだわらない
- ② 定型的および非定型的胸痛症状を有し、虚血性心電図変化があり、かつ心筋速融酵素の上昇(CPKで正常上限の2倍以上)を伴うもの
- ③ 定型的胸痛症状および心筋速融酵素の上昇(CPKで正常上限の2倍以上)を伴うもの
- ④ 冠動脈造影所見で急性心筋梗塞と診断したもの
- ⑤ 急性死(内因性心臓停止例)においてはその発症状況から確実に急性心筋梗塞であったと断定できるもの
- ⑥ 確実な剖検所見：組織学的な新鮮梗塞所見、ないし最近生じた冠動脈閉塞所見

★ 除外基準：PTCAなど心臓血管に至らなかつた不整脈性心臓と臨床的に心臓性、心外臓性と診
断されたものは登録の対象外とします。

発症情報の臨床診断について

臨床情報	<input type="checkbox"/> 確実な心筋梗塞(MI) <input type="checkbox"/> 可能性のある心筋梗塞(MI) <input type="checkbox"/> 除外 <input type="checkbox"/> 内因性突然死(心発症1時間以内) <input type="checkbox"/> 発症24時間以内 <input type="checkbox"/> 不明
* 臨床診断	診断根拠のいずれかの項目をチェック 内因性急性死の場合は発症後の経過時間にて項目をチェック

臨床情報について

→臨床情報は患者説明終了後同意取得状況にチェック後、臨床情報に記入する。

各項目についての登録方法について

- * 身長・体重 入院時に最も近いもので登録値で記入
- * 喫煙 該当項目にチェック
- * 飲酒 該当項目にチェック
ただし飲酒量は一日平均飲酒量を換算して表記する。

清酒 1合≒ビール350ml缶2本≒ビール6本1本≒ワイングラス
 (110ml) 2杯≒焼酎125%0、5合≒ウイスキーシングル(30ml)2杯
 該当項目にチェック

*** 際注意**

高胆血症	総コレステロール値	220 mg/dl 以上
高血圧	SBP	140 mmHg 以上 α DBP 90 mmHg 以上
高尿酸血症	尿酸	7.0mg/dL 以上
糖尿病	空腹時血糖	126 mg/dl 以上

* 既往歴に開示する発症前までの内服薬、治療の有無について該当項目にチェックする。
 * 脳卒中、腎疾患（慢性腎不全、クレアチニン1.3mg/dl以上）ASO（下肢閉塞性動脈硬化症）、AAA（腹部大動脈瘤）の既往歴の該当項目にチェックする。

*** 既往歴** 該当項目にチェック **中絶は、別票に含まれます**

*** 初回 KCl の分欄（入新薬欄の分欄を記入）** 該当項目にチェック
 <KCl の分欄>

- 1 度： 心不全の症状なし：肺野に湿性ラ音なし。■ 首なし。
- 2 度： 心不全あり：全肺野の50%以下で湿性ラ音あり。■ 首腫取。
- 3 度： 肺水腫を伴う重症心不全：全肺野の50%以上で湿性ラ音あり。
- 4 度： 心原性ショック

*** 急性期治療**

急性期抗血小板薬治療、急性期抗凝固薬治療、再発治療法の該当する項目にチェックして
 ください。（複数選択可）
 その他の治療の該当する項目にチェックしてください。（複数選択可）
 * 血栓溶解療法を実施した場合は、その他の治療のその他の項目にチェックをする。

*** 運動 NYHA 心機能分類**

該当する項目にチェックしてください。

- 1 度： 心疾患があるが、身体活動には特に制約がなく、日常動作により、特に呼吸困難、狭心症、虚労、動悸などの悪訴が生じないもの。
- 2 度： 心疾患があり、身体活動には特に制約されるもの。
 安静時または軽労作時には障害がないが、日常動作のうち、比較的強い労作（例えば階段昇降、疾速歩行など）によって、上記の悪訴が発言するもの。
- 3 度： 心疾患があり、身体活動が著しく制約されるもの。
 安静時には悪訴はないが、比較的軽い日常動作でも、呼吸困難、狭心症、虚労、動悸などの主訴が出現するもの。
- 4 度： 心疾患があり、いかなる程度の身体動作の際にも呼吸困難、狭心症、虚労、動悸などが出現し、また心不全症状、または、狭心症症状群が安静時にも出てもみられ、労作によりそれらが悪化するもの。

・ 定型的：「定型的」な胸痛とは、20分以上続く胸痛をいう。
 ・ 非定型的：「非定型的」な症状とは、非典型的な胸痛、急性心不全、ショック、失神のいずれかをいう。

(B) 心電図異常について

・ 確定：「確定」な心電図異常とは、①同一 2 枚以上の心電図から異常 Q 波の出現、②又は一日以上続く障害性血流 (ST-T 異常) の経時的変化があるものをいう。
 ・ 不確定：「不確定」な心電図異常とは、①異常 Q 波又は ST-T 異常が、経時的に確認できないもの（1 枚の心電図しかない場合を含む）、又は②異常 Q 波や ST-T 異常が確定な所見でないもの（可能性の高い心電図虚血性心電図が該当）。

・ 心電図上に異常 Q 波又は ST-T 異常が記録されていない
 ・ 心電図記録なし又は不明

(C) 心臓病歴について

・ 異常：発症 72 時間以内に正常値の 2 倍以上の上昇
 ・ 正常値の 2 倍未満、又は他の病態が原因の上昇
 ・ 測定なし又は不明

(D) 胸痛について

・ 確定な所見：組織的に新鮮梗塞所見ないし最近起こった冠閉塞があるものをいう。
 ・ 可能性のある所見：①急性又は慢性の冠閉塞・狭窄がある、②慢性虚血性心疾患の明らかないし疑わしい所見、他に原因となる弁膜症・心筋炎などがない場合をいう。
 ・ 虚血性心疾患の所見なし
 ・ 剖検なし、不明又は生存

(E) 心電図異常について

・ 既往性心筋梗塞、労作性狭心症又は有蓋な冠動脈狭窄・閉塞がある
 ・ 該当する虚血性心疾患の既往歴なし又は不明

(F) その他 (1) ~ (9) が開示された場合には、追加の心電図検査と診断する。ただし、石が (4) に示すように他の胸痛が原因と推定される場合は、胸痛診断は心電図検査なしとする。

(1) 急性期の冠動脈造影検査 (CAG) により、冠血管の狭窄、又は心電図異常 (ST 上昇又は高い T) の部位に一致した冠閉塞又は実測 75% 以上 (AHA/ACC 以上) の狭窄 (Spaam は除外)。
 (2) 症状 (定型的または非定型的) があり、心エコーで心電図異常 (ST 上昇又は高い T) の部位に一致した局在的な壁運動異常。
 * 大壁運動異常の重症度：正常：normal akinesis
 取縮低下：hypokinesis ・ 軽度の低下：mild hypokinesis
 高度の低下：severe hypokinesis
 無収縮：akinesis
 逆運動：dykinesis

(3) 突然死症例で、QT (死亡前後を問わない) や部球等によって確認された心臓病。

(4) 統合研究基準のA~D及びI1~I3の各所見の原因として、他の疾患が考えられる場合(心外膜炎等)、又は臨床的「心筋梗塞症なし」が妥当と判断される場合(定型的な胸痛があった生存例でCPKや心電図の異常がなかった場合など。

★★★★★★★★★★★★★★コラム・冠動脈について★★★★★★★★★★★★★★

冠動脈は3本(左前下行枝、左回旋枝、右冠動脈)として述べられます。右冠動脈が左前下行枝と左回旋枝に分岐するまでを左冠動脈主幹部(LMT:left main coronary trunk)と言います。

左前下行枝:LAD(left anterior descending artery)

第一中間支:1stSEP(first septal perforating branch)

第一対角枝:D1(first diagonal branch)

第二対角枝:D2(second diagonal branch)

中間支:SEP(septal branch)

左回旋枝:LCX(left circumflex artery)

対角枝:OM(lobtuse marginal branch)

後側支:PL(posterolateral branch)

右冠動脈:RCA(right coronary artery)

房室結節枝:SN(sinus node branch)

円錐枝:CB(conus branch)

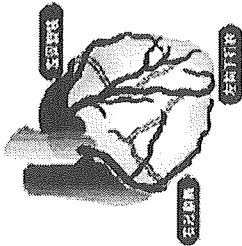
右室枝:RV(right ventricular branch)

斜角枝:AM(labute marginal branch)

後下行枝:PD(poster descending branch)

後室側支:4PL(posterolateral branch)

房室結節枝:AVN(latnventricular node branch)



(左冠動脈) 枝の部位の梗塞

- 前壁梗塞: anterior infarction
- 前壁・中間梗塞: anterior・septal infarction
- 側壁梗塞: lateral infarction
- 下壁梗塞: inferior infarction
- 後壁梗塞: posterior infarction

★心臓周囲の心電図取極化の部位抄写 (O: ST上昇, 異常Q波, 陰性T波 ⊕: R波増大)

	I	II	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
加重中間						○	○	○	○	○	
側壁							○	○	○	○	
心筋前壁	○							○	○	○	○
側壁	○										○
下壁		○	○								
後壁									⊕	⊕	

脳卒中臨床情報登録について

登録について同意取得可能であった

脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・病型不明の脳卒中を登録します。

初発・再発ともに登録してください。

脳卒中発症登録の定義・・・

- ① 神経症状(運動障害・感覚障害・失語・半盲・昏倒・失調・失認・失読・高熱障害)が出現
- ② 症状が24時間以上持続したものをいいます。

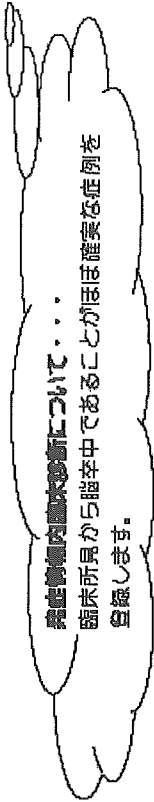
★注視点:①TIAを繰り返して続いて脳梗塞を引き起こした場合は、脳梗塞をおこした時点を発症時点とします。

②発症後1ヶ月(30日以内)以内の再発症例は、新発登録の対象としません。

③病型が明らかではない24時間以内に死亡した場合は、可能性のある脳卒中として登録します。

★除外基準:①症状が24時間満たないもの(TIA)や脳虚性の疾患・外傷性疾患・硬膜外血腫・硬膜下血腫・医原性の疾患は登録の対象外とします。

②たまたま撮影したCT検査(人間ドック等)で見つかり、急性発症が明確でない場合(慢性脳性脳虚)は登録対象外とします。



病型情報内臨床診断について・・・

臨床所見から脳卒中であることがほぼ確実な症例を登録します。

発症情報の臨床診断について

臨床診断

脳梗塞 アテローム血栓性 心原性血栓 ラクナ 動脈硬化 その他
 出血性脳腫 脳室管内出血 OSAH その他
 可能性のある脳卒中
 その他

★ 臨床診断: 臨床所見から脳梗塞、出血性疾患のいずれかにチェック。
 脳梗塞、出血性疾患、可能性のある脳卒中の中から詳細な病型をチェック。
 出血性脳梗塞(脳室栓)は脳梗塞に分類する。

臨床情報について

→臨床情報は患者説明終了後同意取得状況にチェック後、臨床情報に記入する。

各項目についての記載方法について

- *身長・体重 入院時に最も近いもので整数値で記入
- *意識 該当項目にチェック
- *飲酒 該当項目にチェック
ただし飲酒量は一日平均飲酒量を尚酒換算で表記する。
清酒1合≒ビール350ml缶2本≒ビールスビン1本≒ワイングラス1(110ml) 2杯≒焼酎125%0.5合≒ウイスキーシングル(30ml)2杯
- *降圧薬 該当項目にチェック
高血圧症 降圧剤0-4値 220 mg/dl以上
高血圧 SBP 140 mmHg以上 or DBP 90 mmHg以上
糖尿病 空腹時血糖 126 mg/dl以上
- *心腎補助薬および既往歴に関連する発症前までの内服薬、治療の有無について該当項目にチェックする。脳梗塞、脳出血、SAH、未破裂動脈瘤、心筋梗塞の既往歴の該当項目にチェックする。
*その他発症中の原因となる病態がある際は、カッコ内に記載する。

*今回入院前 ADLスコア・運動ADLスコア

ADL (Modified Rankin Scale) スコアの内容については以下の表に記載するので参照する。

Modified Rankin Scale

- 0. 全く障害なし
- 1. 症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能
- 2. 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、介助なしに自分のことができる
- 3. 中等度の障害。何らかの介助を要するが、介助なしに歩行可能
- 4. 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
- 5. 高度の障害。ベッドの上の生活、失禁、常に介助が必要
- 6. (死)

*入院前・再発時スコア

脳梗塞・脳出血は NHSSスコア
くも膜下出血は WFNSスコアにて点数を記載する。

くも膜下出血：WFNSスコアシート

重症度	GCS 得点	主要な脳神経腫瘍状態(脳または片麻痺)
-----	--------	---------------------

I	15	なし
II	14-13	なし
III	14-13	あり
IV	12-7	有りまたはなし
V	6-3	有りまたはなし

前述のスコアシートとのGCS得点は下記の表の点数を合計する

Glasgow Coma Scale (最良の反応を用いる)

A. 開眼	目的的に開眼する	E4
	言葉により開眼する	3
	痛み刺激により開眼する	2
	開眼しない	1
B. 言葉による応答	同当語あり	V5
	錯乱状態	4
	不適當な言葉	3
	理解不能な状態	2
C. 運動刺激による応答	命令に従う	M6
	痛み刺激部位に手足がくぐる。	5
	四肢を屈伸する	4
	逃避反応	3
	異常屈伸	4
	四肢を伸展する	3
	全く動かさない	2
		1

脳梗塞・脳出血：NHSSスコアシート及び解説 (参考文献：Smkgs : Layden P. et al : 1994;25:2220-2226.)

＜NHSSシート使用の手引き＞

1. 脳梗塞

この全般的な反応性の測定は、脳卒中患者が最初に診察を受けるベッドサイドにおいて、医師の聞きかけに対する患者の反応によって評価される。医師は患者を刺激（ゆすったり、たいたり）し、患者の意識レベルを決定するべきである。時には、つねるといふような、より探知的な刺激が意識レベル判定のため必要となるかもしれない。神経、言語障害または口唇外傷などにより評価が妨げられたとしても、患者の反応によって3点までのいずれかと判定する。

0＝不明—患者は完全に覚醒し的確に反応する。

1＝軽眠—患者はぼんやりしているが、軽微な刺激で覚醒する。患者は指示したことに従い返答し、反応する。

2＝昏迷—患者はぐったりしていて、注意を向けさせるには繰り返し短刺激しなければならない。患者が指示に従う動きを示すのに痛みや強い刺激が必要である。

3＝昏迷—患者は昏睡状態で反動的もしくは自発的な反応が示されない。あるいは、稀反応である。

1 b. 視線水準—頭傾

ここでは、患者に次の2つの質問を行い、評価する。「今月は何月か?」「年齢は何歳か?」返答は正確でなければいけない、近似した答え(たとえば年齢が1歳違っても)不正解とする。もし患者が最初に間違った答えをした後訂正したとしても、不正解とする。「今、何時か?」「ここはどこか?」といった他の見当識に関する質問で置き換えてはならない。失語症の場合でも言語的な正確性の観点から判断する。

O=2問とも正解

1=1問のみ正解—頭管、口腔外傷、構音障害などで患者が会話できない場合を含む。

2=2問とも不正解—失語、重症の意識障害を含む。

1 c. 視線水準—脱輪

患者に次の2つのことを命じて正しく従えるが否かが評価する。「目の初期」「手を握る・開く」最初に示した反目で評価すること。患者が失語症で言語的な命令に従えないなら、ジェスチャーでこれらの動作を示し、それを真似られる否かで判断する。病態のために十分に手ができなくとも実行しようとする動きがひととればよしとする。切断などの身体的障害がある場合、他の身体部分を動かす1段階命令に置き換えて最初の位置のみを評価すること。

O=2つ命令に正しく応じる。

1=1つ命令にのみ応じる。

2=2つの命令とも遂行不可。

2. 意識

安静時の眼球位置と追視時の目の動きをテストする。まず安静時の眼球位置を用い、随意的な左右への眼球運動を継続する。次に患者に左右を異なるように指示する。水平眼球運動のみをテストする。垂直眼球運動、眼球skew deviation は評価しない。命令に反応できない患者では反斜性眼球運動 (oculocephalic) またはoculovestibular) をテストするが、caloric test は行わない。患者が眼球のような眼球位置の問題があっても、正中を越えて左右を異なるようにしていれば正常な反応とする。眼球運動に関する脳神経 (III, IV, VI) の障害を暗示し十分な追視がでないときは、1点とする。共同偏視がありしかも反斜的な動きも見られない場合には、2点とする。失語があっても、視線を合わせ、患者の周囲を左右に動くことで注視障害を検出できることもある。

O=正常—患者は正常は水平眼球運動が可隆。

1=部分制注視偏視—患者は水平性眼球運動が完全には一側または両眼でできない。

2=両眼眼球偏位—患者は右もしくは左への共同偏視を示し、しかも反斜性に右動きがない。

3. 顔面

両眼の視野を検査する。たいていは医師が患者の視野の上下左右の4分画に示した指の数を言わせる。個々の目を各々テストする。患者が言葉で答えられない場合には医師は4分画に指げる視覚刺激への反応をチェックするが患者に示した指の数を記録し患者の手の指を上げて示させる。1/4画は1点とする。半画(左右いずれかの上下とも)は2点とする。もし片側の視野のため患者の両眼の視野が欠損している場合は、両眼の視野で判定する。全盲はいかなる理由であれ3点とする。

O=視野障害なし

1=部分半盲—両眼の部分的な視野欠損。1/4画や顔形の視野欠損 (scotomacul)が含まれる。

2=片半盲—両眼の広範囲な半盲。同名半盲を含む。

3=両側性半盲—両眼の両側性の半盲。交叉盲を含む。

4. 顔面の動き (両眼視野)

患者の顔面を観察し自発的な顔面の動きを評価する。患者にしか顔面や笑顔をさせたり、えくぼを作らせたり、迎らって閉眼させたりもして評価する。失語症で指示に従えない患者では、医師がジェスチャーで示し患者に真似させる。意識障害の患者では痛み刺激を加えた際のしか顔面を判定してもよい。顔面外傷、褥瘡、包帯などで顔面が隠れているときには、可能な限り障害を取り去り去って検査する。

O=正常な顔面の動き—知覚的な動きあり

1=軽度の麻痺—非知覚的な顔面の動きもしくは安静時の顔面の非知覚。これは自発的な笑みにより気づかれる程度のものである。

2=部分麻痺—一部の「就上性」顔面麻痺。自発的にも随時的にも見られ、とくに口の部分で明らかである。眼瞼面や頬の面の動きは正常。

3=完全麻痺—口周囲眼瞼面および頬の面の麻痺。一部または両側の完全な「就上性」顔面麻痺。

5. 運動—上肢 (左右)

患者は体の前面に(座位なら)90度または(臥位なら)45度上肢を伸展上を命じられる。10秒間その状態を保持するが、医師は10秒で声を出して数え患者に保持するよう促す。上肢が麻痺しているなら、最初に「正常な」上肢をテストしてもよい。失語の患者では指示は言葉によらずにジェスチャーで示してもよい。上肢をすでに述べた最初の位置にとるよう手助けしてもよい。患者が関節炎や腫瘍などで閉鎖しない状態による上肢の運動制限を有する際は医師は「優良」の運動機能を判断すべきである。意識障害の患者では検査刺激に対する反目で判定する。十分に自発的な動作の反目があれば0点と判定してよい。もし、屈曲や伸展のような反斜的な反応がみられなければ4点とする。もし上肢がないが完全に切断されていたり、両側面が麻痺している場合には、0点(判定不能)とする。

O=動揺なし—患者は10秒間上肢を伸展上保持できる。

1=動揺あり—10秒間伸展上していないが、動揺がみられる。中間的な位置まで下がってくる場合もこの点数となる。

2=重力に抗した動きあり—患者は10秒間保持できないが重力に抗した動きはみられる。

3=重力に抗した動きなし—患者はベッドから離して上肢を持ち上げられないが、動きはみられる。検査が患者の上肢を正しい位置に上げておその位置を保てない。

4=動揺なし—全く上肢の動きなし。

0=判定不能—上記のとおり。理由を記載して加点しない。

6. 運動—下肢 (左右)

仰臥位の患者はベッド上90度に下肢を伸展上保持するよう指示される。この位置で5秒間保持しなければならぬ。医師は声に出して5つ数えて患者に保持するよう促す。もし右下肢が麻痺しているなら、検査は最初に「正常」な左下肢を評価してもよい。患者は言葉での命令に抗しないなら、非言語的な指示でもよいし、上記のように下肢の位置を取らせてテストしてもよい。意識障害の患者では検査刺激に対する反目で判定する。十分に自発的な動作の反目があれば0点と判定してよい。もし屈曲や伸展のような反斜的な反応がみられな

ければ4点とする。もし下肢が完全に切断されていたり、股関節が弛緩している場合には、0点（判定不確）とする。

- 0＝動揺なし—患者は5秒間下肢を伸展上保持できる。
- 1＝動揺あり—5秒間伸展上していられるが、動揺がみられる。
- 2＝重力に抗した動きあり—患者は5秒間保持できないが重力に抗した動きはみられる。
- 3＝重力に抗した動きなし—患者はベッドから離して下肢を持ち上げられないが、動きはみられる。患者が患者の下肢を正しい位置に上げて、もその位置を戻さない。
- 4＝動揺なし—全く下肢の動きなし。
- 0＝判定不確—上記のとおり。理由を記載して加点しない。

7. 運動失調

この項目は患者に一朝期半或病巣に基づく症状が現れるかを判定するためにある。また、感覚ないし運動機能障害に閉鎖した四肢の動きの異常を捉えることを目的とする。失調は、指一觸試験(finger to nose test: FNT)と踵一触試験によりチェックする。医師は「正常」則をまずテストする。その動作は良好で、スムーズ、正確かつ拙劣でない。判定障害(behavioral)や巧緻性障害(ayasmneria)はない。患者が一枚の判定障害や巧緻性障害を呈する時には1点とする。患者が一朝期の上下肢における判定障害や巧緻性障害を呈する時、あるいは両側で現れる時には、2点とする。全音の患者では上肢を伸展した位置から人差し指の先を自分の鼻先に動けるまで上肢の動きを評価する。患者が完全弛緩を呈する(運動機能4点)場合や、四肢の欠損や完全切断、閉鎖弛緩の場合、あるいは自覚時(1e-3点)の場合、この項目の得点は0点(判定不確)とする。

- 0＝失調なし—患者は指一觸試験と踵一触試験とともにスムーズかつ正確に実行できる。
- 1＝一朝期の上下肢または下肢で失調あり—患者は指一觸試験または踵一触試験をいずれかのみに実行できる。
- 2＝一朝期の上下肢または両側で失調あり。
- 0＝判定不確—上記の通り。理由を記載して加点しない。

8. 感覚障害

患者は全ての四肢の近位部において針で検査され、刺激がどう感じるかに答えて評価される。患者は「刺激が鋭いかわいかわ、左右差がないか」を聞かれる。脳卒中による感覚障害のみが異常と判定される。通常、これは半側感覚障害にあたる。末梢神経障害などによる、脳卒中によらない感覚障害は異常と判定しない。患者が感覚障害や麻痺、失感ないし感覚の喪失を言葉で表現できない場合は、しかゆ面や述症のような患者の非言語的な反応によって判断する。患者が刺激に反応する場合には0点とする。左右の刺激に對する反応を比較する。患者が一侧で感覚刺激に反応しないなら、2点をつける。両側患者は、2点とする。従って意識の意識障害のある患者でも評価すべきである。

- 0＝正常—針(ピン)に對する感覚障害が検出されない。
- 1＝部分別障害—意識から中等度のピン刺激への反応の低下が認められる。一肢以上にみられる。
- 2＝意識の障害—患者はピン刺激を受けたと気づかないほどどの高度の感覚障害あり。患者が一旦下肢で感覚刺激に反応しないなら、両側患者(項目1-3)はここに含める。

9. 言語障害
患者の言語機能に閉鎖しては、一定の物品を特定し一連の文章(指示材料とする)を読むことにより評価する。患者の言語理解については医師がこの項目以前までの神経学的診察を行う中で多くの情報が得られている。医師は適当な時間を取って患者に指示された物品を特定させる。最初の指示のみを判定する。もし患者が物品の特定を繰り返して自己修正しても、患者は正常でないとする。次に医師は患者に一連の文章の讀かれた紙を用いて、患者は患者に隣座3つの文章を読むよう命じる。最初に患者の読取指示を評価する。もし患者が文章を讀んで読み後に自己修正しても、患者は正常でないとする。もし患者が強力障害を有しそのために物品の視覚的な認知や短語に支障を来すならば、患者は患者の手に物品を保持させてその特定ができるから判断し、また、患者が自発的な会話ができるかおよび文章を復唱することができるかによって判断する。患者がこれらの判定が正常と判断するならば0点とする。患者が障害されていたり失語でできないときには患者は患者の筆記をチェックする。

- 0＝失語なし—患者は文章を正しく読取、紙に書かれた物品を正しく仰臥で答える。
- 1＝理解ないし中等度の失語—患者は患者から中等度の物品呼称の誤り、語彙記憶、複語障害
もしくは理解の遅延もしくは理解の遅延もしくは言語表出の障害を有する。
- 2＝意識の失語—患者は意識の失語を有し物品呼称や短語ができない。Brock失語もしくはWernicke失語を呈する患者がここに該当する。
- 3＝無音—言語的な課題に對し無反応である。両側患者はここに含める。

10. 構音障害

単発的な評価法は患者に紙に書かれた標準的な一連の言葉を読み発音させることによる。患者が構音障害のため言葉を発音しないならば、医師が言った言葉を患者に復唱させる。患者が言葉の失語であれば、自発的な発音における構音の明瞭さによって評価する。もし患者が無音、理解もしくは構音中の場合、この項目は0点(判定不確)とする。

- 0＝正常な発音—患者は言葉を明瞭に発音し、構音における問題はみられない。
- 1＝理解ないし中等度の構音障害—理解ないし中等度の構音のゆがみを認める。何らかの困難はあるものの理解可能である。
- 2＝理解ないしほぼ理解不確—患者の発音は極めて不明瞭で理解しがたい。
- 0＝判定不確—上記の通り。理由を記載して加点しない。

11. 偏視 (視覚空間および空間認知)

偏視の存在は、患者が左右同時に加えた皮膚刺激および視覚刺激を認知できるかによって評価する。視覚刺激は標準化された紙を用いる。患者にその紙を見せて置かれている内容を説明させる。医師は患者にその紙を指から指まで見て、輪の中の左右各々の特徴をつかむように促す。医師は(視覚異常のある場合には)患者が指の位置を正確につかむよう促してよい。患者が一部の紙の部分を認知しないなら、結果は異常とする。次に医師は上肢または下肢の両側同時刺激を評価できるか評価する。このテストは患者を閉鎖させて行う。患者が一方の感覚刺激を無視するならば異常と判定する。患者が意識の視覚障害を持ち皮膚刺激が正常ならば0点である。患者が失語症で紙の内容を表現ができなくても両側への注意を向けられれば、0点とする。視空間無視や病態失調があれば無視がある根拠となる。

- 0＝無視はない—患者は左右両側同時皮膚刺激を認識することができ、紙の中の左右のイメージ

を同定できる。

1 二部分的断裂—患者は左右両側同時性脳動脈瘤あるいは両方同時性脳動脈瘤のいずれかの脳動脈

でない。(高度の病状改善や失語はない場合)

2 二行全断裂—患者は両側同時性脳動脈瘤および両側同時性脳動脈瘤のいずれもを認察できない。また

一方の手を凝結しない。あるいは空間の一方にしか注意を向けない。

* 診断標準 該当する項目をチエック (複数選択可)

* 脳動脈・脳出血の主要部

各項目、該当する項目をチエック

左右の項目をチエック

大きさについては下記の基準でCHECK

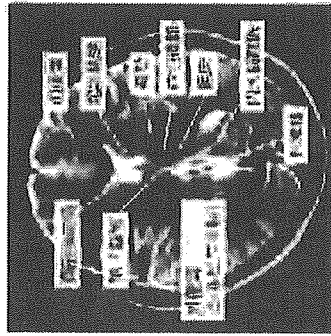
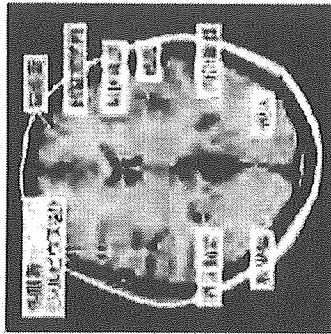
脳動脈の増大: 径 1.5mm 未満, 1.5mm 以上~1/2 葉未満, 1/2 葉以上, 不明

脳出血の場合: 最大径 2cm 未満, 最大径 2~5cm, 最大径 5cm 以上

* 病巣の大きさに基づいて (脳検査) 原則として病巣の体積にて判断する。

1/2 以上とは、病変が一番大きいスライスで、前・側・後頭葉いずれかの面積の1/2 以上の占拠を目安として判断する。病変が側頭葉の下の方を大きく占拠しているが、上の方に全くない場合は体積として1/2 以上にはならない。

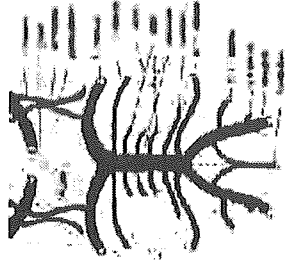
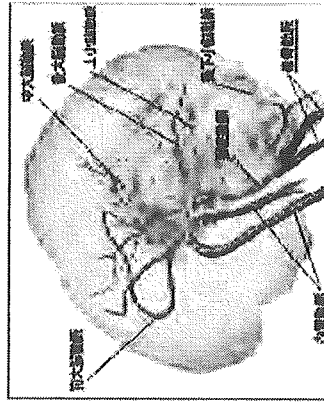
詳細部位の項目をチエック



* くも膜下出血の主要部 各項目、該当する項目をチエック

: 内頸動脈系にチエックをした場合のみ詳細部位にもチエックする

ワイリス動脈瘤



* 内服薬名 抗血小胞薬, 降圧剤, 抗凝固薬の該当項目にチエック

* 点滴薬名 抗凝固薬, 降圧薬, オキサリリルINa, アルガトロロパム, エダラボン, TPA 静注

ウロキナーゼ静注, ヘパリンの該当項目にチエック

* 外科処置 (SAB) 開頭動脈瘤クリッピング, 血管内塞栓術の該当項目にチエック

* 手術処置 脳動脈瘤除去術, 頸内静脈摘除術, 逆流的血栓溶解療法, 低体温療法, 低圧酸素療法
の該当項目にチエックし, 入院後どれくらいの期間にそれぞれの治療を実施したかを記入。

* リハビリテーション 理学療法, 作業療法, 言語療法, 言語療法の該当項目にチエックし, 入院後どれくらいの期間にそれぞれのリハビリテーションを実施したかを記入。

吹田地域循環器病発症登録協議会

厚生労働省研究班による

【研究に関するご質問・お問い合わせ先】

国立循環器病センター

吹田市藤白台5-7-1

TEL(06)6833-5012

吹田地域循環器病発症登録実行推進事務局 (内線2188)

【発症登録関連施設】

吹田地域循環器病発症登録協議会

国立循環器病センター, 市立吹田市民病院, 済生会吹田病院, 済生会千里病院,

大和府立千里救命救命センター, 医療法人徳和会徳和会病院,

大阪大学医学部附属病院

バスケットボール

(添付資料1)

ママ

(添付資料2)

はとぽっぽ

バイバイ

とうきょう

かたつむり