

統計処理委員:福原俊一(京都大学 医学部 医療疫学)

安全監視委員会(データモニタリングコミティー):桐野高明(国立国際医療センター)、高倉公朋(東京女子医科大学)

画像診断判定委員会:青木茂樹・増谷佳孝(東京大学 医学部 放射線科)

地域調査担当委員:

秋山幸功(札幌医科大学 脳神経外科)、片岡大治(京都大学 医学部 脳神経外科)、木村俊運(東京大学 医学部 脳神経外科{墨東病院})、栗田浩樹(杏林大学 脳神経外科)、北川直毅(長崎大学 脳神経外科)、長嶺義秀(東北大学 医学部 脳神経外科{東北療護センター})、徳永浩司(岡山大学 医学部脳神経外科)、

調査事務局:

東京大学医学部脳神経外科内

森田明夫 内田雅子

東京大学医学部附属病院 UMIN 事務局 教授

木内貴弘

**病院登録フォーム (FORM H)****病院毎登録**

調査に参加する際、オンライン登録または事務局へFAXしてください。

登録年月日：2006 or 2007 /

(例；2001 / 01 / 15)

病院名：

病院番号： A-  C-  N-

UCAS II 担当者： UMIN ID

E-mail address：

担当補助者： UMIN ID (あれば)

補助者 E-mail： (あれば)

病院MRA機種：： tesla

CTA機種： (MRA, CTA が複数あれば最高機種を記載)

貴院手術件数	破裂例を含む脳動脈瘤治療総数	貴院の脳神経外科手術件数	破裂例を含む脳動脈瘤の血管内治療総数	貴院の脳血管内治療総数
2004 年				
2005 年				

病院の未破裂脳動脈瘤治療基本方針 (群、時期ひとつづつにチェック☑)

治療を積極的に推進する群

- すべて
- 径1センチ以上のもの。
- 径7ミリ以上のもの。
- 径5ミリ以上のもの。
- 該当するものがない。または治療は基本的に行わない。

治療を行う時期

- 1ヶ月以内
- 1～3ヶ月の間
- 3ヶ月以降
- 該当するものがない。または治療を行わない。

院内倫理委員会の承諾の有無： 有り、 無し

## プライバシーフォーム (FORM P)

すべての新規症例について記載・印刷後、貴院台帳に保管してください。

この情報のオンライン登録は必要ありません。

発見年月日（診断日）： 2006 or 2007 /   /

病院内患者登録番号： \_\_\_\_\_

患者名： \_\_\_\_\_

生年月日：     /   /

年齢：

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

近親者名： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

性別：  男性  女性

動脈瘤の部位（複数チェック可）： 右  左  正中

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> IC-P Com                  | <input type="checkbox"/> IC-A Choroidal         | <input type="checkbox"/> IC Bifurcation                   |
| <input type="checkbox"/> IC-Paraclinoid            | <input type="checkbox"/> So-called IC dorsal    |   |
| <input type="checkbox"/> IC cavernous (extradural) |   |   |
| <input type="checkbox"/> MCA                       | <input type="checkbox"/> A Com                  | <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2A3 |
| <input type="checkbox"/> その他テント上                   |   |   |
| <input type="checkbox"/> VA-PICA                   | <input type="checkbox"/> VA union (VB junction) | <input type="checkbox"/> VA dissection                    |
| <input type="checkbox"/> BA-Top                    | <input type="checkbox"/> BA-SCA                 | <input type="checkbox"/> その他テント下                          |

## イニシャルフォーム (FORM I)

本登録  仮登録  旧症例登録

承諾書取得後患者毎に入力（貴科受診後、できるかぎり2週間以内に入力してください）

インフォームドコンセント： あり  なし

病院番号： A-  C-  N-

病院内患者登録番号：

性別： 男  女

患者イニシャル（名前・姓の順）：

年令：

患者生年月日：    /

貴科受診年月日\*： 2006 or 2007 /   /  (必須)

貴科・紹介施設確定診断年月日： 2006 or 2007 /   /  (必須)

診断疑い年月日： 2006 or 2007 /

\*：今回動脈瘤が発見されるいきさつとなった件での、貴科診察の最初の日時を記入してください。

診断の基準となった検査： 脳血管撮影  MRA,  3D CTA

サイズ決定の根拠となった検査： 脳血管撮影  MRA,  3D CTA

A 基準  B 基準  C 基準  D 基準 (付表4：サイズ判定基準表参照)

未破裂脳動脈瘤発見のきっかけ

- 脳ドックなどの検診で発見された
- 全身検索やくも膜下出血以外の中枢神経系疾患の精査の一環において偶然発見された
- 頭痛めまい等の不特定症候に対する検査で発見された
- 症候性（脳神経麻痺やその他動脈瘤に起因すると考えられる症状を呈し、その原因検索において発見）
- くも膜下出血の際の検査にて発見された
- 該当するものなし

既往（複数チェック可能）

- くも膜下出血\*  高血圧コントロール不良  高血圧コントロール良\*\*
- 喫煙  糖尿病  高脂血症  脳梗塞
- 多発性のう胞腎症  該当するものなし

\*：今回発見されたきっかけも含む、\*\*：血圧140/90以下に保たれているもの

くも膜下出血の家族歴（複数チェック可可能）

- 一親等にあり（父、母、男子、女子）
- 二親等にあり（兄、弟、姉、妹）
- それ以外の親族（いとこまで）にあり（男性、女性）
- 無しまたは不明

神経学的所見

1) 神経脱落症状（複数チェック可可能）

- 無し       運動麻痺       感覚障害
- 言語障害       脳神経麻痺       失調症       その他

2) Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 （付表1）

QOL チェック

- 済み       未

未破裂脳動脈瘤の個数：

（多発性の場合複数登録）

.....

動脈瘤番号○1○2○3○4○5（大きな順に記載。6個以上瘤がある場合には大きなものから5個目まで記載する。）

動脈瘤の部位： 右  左  正中

- IC-P Com     IC-A Choroidal       IC Bifurcation
- IC-Paraclinoid     So-called IC dorsal
- IC cavernous (extradural)
- MCA     A Com       A1  A2A3       その他テント上
- VA-PICA       VA union (VB junction)       VA dissection
- BA-Top       BA-SCA       その他テント下

動脈瘤最大径： mm

形状

- 嚢状       紡錘状

石灰化

- あり       なし

血栓化

- あり       なし

Daughter sac

- あり（1mm以上のBlebまたは膨瘤）
- あり（1mm以下の膨瘤）
- なし

初期治療選択：動脈瘤番号○1○2○3○4○5

- 経過観察（特殊注意なし）
- 経過観察（慎重観察）\*
- 開頭手術（治療については3ヶ月時FORM IIに記載）
- 血管内動脈瘤治療（治療については3ヶ月時FORM IIに記載）
- 決定していない

\*:降圧薬服用、禁煙、3ヶ月~半年以内の画像再評価など。

FORM Hで提唱した貴院の治療基本方針に沿った治療であるか否か

- 基本方針遵守
- 基本方針に従っていない

治療されなかった場合の理由（主な理由をひとつだけチェック☑する）

- 患者または家族の拒否
- 患者の健康状態
- 瘤の大きさ
- プロトコール
- 年齢
- 手術の危険性
- 瘤の部位
- その他

-----  
(5回繰り返す)

### 3ヶ月後フォーム (FORM II)

瘤発見後3ヶ月時の患者の状態を記載してください

観察（診察）年月日： 2006 or 2007

病院番号：  A-  C-  N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号： UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

初回記載時よりの変化（破裂、神経学的変化、死亡）：

有り、  無し （有りの場合はFORM II C）

\*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

治療の有無

有り、  無し （有りの場合はFORM II T）

画像所見  有り、  無し （有りの場合はFORM II D）

神経学的所見・転帰

1) 神経脱落症状（複数チェック☑可能）

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) 意識障害  有り、  無し

有りの場合 GCS:

Best Eye Response:	Best Verbal response:	Best Motor Response:
--------------------	-----------------------	----------------------

3) Rankin scale:  0  1  2  3  4  5  6 （付表1）

4) QOL チェック  済み  未

## 変化記載フォーム (FORM II C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化／破裂した年月日：2006 or 2007 /

病院番号：  A-  C-  N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号： UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

### 変化の種類

動脈瘤破裂 ( 既存の瘤：瘤番号○1○2○3○4○5 (Form I 記載内容自動表示) ( 新しく発見された動脈瘤、 不明)

\*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

脳内出血（動脈瘤との関係： 有り、 無し、 不明)

脳梗塞（動脈瘤との関係： 有り（塞栓など）、 無し、 不明)

脳神経麻痺

動脈瘤以外の原因による死亡

### 破裂の場合

#### 破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働  睡眠中  その他

精神的： 重負荷  睡眠中  その他

#### 救急来院時の意識レベル

GCS score：

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

WFNS grade [付表2]:

#### くも膜下出血診断の根拠

CT scan  髄液検査  剖検  無し、その他

#### くも膜下出血の程度（CTがある場合）

Fischer 分類 [付表3]  I  II  III  IV

調査終了か継続か： 終了  継続

終了の場合理由： 動脈瘤破裂  患者死亡

終了の場合：終了時の Rankin scale  0  1  2  3  4  5  6 (付表1)

○3ヶ月フォームに戻る



## 治療フォーム (FORM II T)

病院番号： A-  C-  N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

治療された動脈瘤の数：  
\_\_\_\_\_

治療がなされた瘤番号  1  2  3  4  5 (Form I 記載内容自動表示)

治療方法

- 開頭手術  
 血管内動脈瘤治療  
 両方

治療の理由（主な理由をひとつだけチェック☑する）

- 患者または家族からの希望       年齢  
 くも膜下出血に合併していたため  
破裂の危険性（ 瘤の大きさ       瘤の形状       瘤の部位）  
 瘤の変化（拡大など）  
 症候の出現（脳神経麻痺など）  
 破裂  
 その他

治療年月日： 2006 or 2007

治療後脳動脈瘤画像評価：

有り、  無し

上記有りの場合：

画像の種類： 脳血管撮影  MRA,  3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療： 完全  不完全

（不完全；クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの）

\_\_\_\_\_ 動脈瘤の数だけ繰り返す（5回）

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見：

1) 神経脱落症状（複数チェック☑可能）

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症
		<input type="checkbox"/> その他

2) Rankin scale:  (付表 1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係 (1. で新たな神経脱落症状があった場合)

有り、  無し、  不明

有りの場合、最も可能性の高い原因

<input type="checkbox"/> 穿通枝障害	<input type="checkbox"/> 親動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 静脈損傷	<input type="checkbox"/> 術中破裂
<input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断	<input type="checkbox"/> その他の手術侵襲		
<input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化	<input type="checkbox"/> 術後合併症		

4) 周術期のその他の合併症の有無  有り、  無し

有りの場合

<input type="checkbox"/> 水頭症	<input type="checkbox"/> 頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> 痙攣	<input type="checkbox"/> 創部感染
<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 視力障害	
<input type="checkbox"/> 硬膜下水腫・血腫	<input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺	<input type="checkbox"/> 肺炎	
<input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症	<input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー	
<input type="checkbox"/> その他			

○ 3ヶ月フォームに戻る

## 画像所見 (FORM II D)

画像年月日： 2006 or 2007

病院番号：  A-  C-  N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号： UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

画像の種類：  MRA  CTA  Angio  CT  MRI

所見：

- 脳梗塞、 水頭症、 脳萎縮、 新しい動脈瘤出現  
 脳出血、  その他、 特になし

動脈瘤に関する所見：  変化有り、  変化無し  不明

変化のあった瘤  1  2  3  4  5 (Form I 記載内容自動表示)

動脈瘤のサイズ

- 同じ  拡大 ( mm、)  縮小 ( mm、)  
 術後完全消失  術後不完全消失

\*注：拡大の場合 ENLARGEMENT FORM (p40) を御送付ください。

動脈瘤の形状

- 不変  変化あり

(繰り返し)

手術後か否か：  手術後  未手術

手術後の場合下記記載

手術による画像変化：  有り  無し

有りの場合：

- 梗塞巣  脳挫傷 (contusion)  脳内出血  硬膜下水腫  
 硬膜下血腫  水頭症  瘤の術後変化  その他

○3ヶ月フォームに戻る

## 12ヶ月経過観察フォーム (FORM III)

診断12ヶ月後に入力してください。

観察（診察）年月日：2006 or 2007 /  /

病院番号：  A-  C-  N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

前回記載時よりの変化： 有り、  無し（有りの場合 FORM III C）

\*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

3ヶ月～12ヶ月の間の治療の有無：

有り、  無し（有りの場合 FORM III T）

画像所見： 有り、  無し（有りの場合 FORM III D）

神経学的所見・転帰

1) 神経脱落症状（複数チェック可能）

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) 意識障害  有り、  無し

有りの場合 GCS:

Best eye response:	Best verbal response:	Best motor response:
--------------------	-----------------------	----------------------

3) Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6（付表1）

4) QOL チェック  済み  未

## 変化記載フォーム (FORM III C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化／破裂した年月日：2006 or 2007 /

病院番号：  A-  C-  N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号： UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

### 変化の種類

動脈瘤破裂 ( 既存の瘤：瘤番号○1○2○3○4○5 (Form I 記載内容自動表示)  新しく発見された動脈瘤、 不明)

\*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

脳内出血 (動脈瘤との関係： 有り、 無し、 不明)

脳梗塞 (動脈瘤との関係： 有り (塞栓など)、 無し、 不明)

脳神経麻痺

動脈瘤以外の原因による死亡

### 破裂の場合

#### 破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働  睡眠中  その他

精神的： 重負荷  睡眠中  その他

#### 救急来院時の意識レベル

GCS score：

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

WFNS grade [付表2]：

#### くも膜下出血診断の根拠

CT scan  髄液検査  剖検  無し、その他

#### くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 [付表3]  I  II  III

IV

調査終了か継続か： 終了  継続

終了の場合理由： 動脈瘤破裂  患者死亡

終了の場合：終了時の Rankin scale  0  1  2  3  4  5  6 (付表1)

○12ヶ月フォームに戻る

## 治療フォーム (FORM III T)

病院番号 :  A-  C-  N-

病院名 :

病院内患者登録番号 :

UC番号 : UC

患者イニシャル (名前・姓の順) :

治療された動脈瘤の数 :

---

治療がなされた瘤番号  1  2  3  4  5 (Form I 記載内容自動表示)

治療方法

- 開頭手術
- 血管内動脈瘤治療
- 両方

治療の理由 (主な理由をひとつだけチェックする)

- 患者または家族からの希望
- 年齢
- くも膜下出血に合併していたため
- 破裂の危険性 ( 瘤の大きさ  瘤の形状  瘤の部位)
- 瘤の変化 (拡大など)
- 症候の出現 (脳神経麻痺など)
- 破裂
- 多発性動脈瘤の2つ目以降の治療
- 前回不完全治療
- その他

治療年月日 : 2006 or 2007

治療後脳動脈瘤画像評価 :

有り、  無し

上記有りの場合 : 画像の種類 :  脳血管撮影  MRA,  3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療 :  完全  不完全

(不完全 ; クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの)

---

動脈瘤の数だけ繰り返す (5回)

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見 :

1) 神経脱落症状 (複数チェック可能)

- |                               |                                |                               |                              |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無し   | <input type="checkbox"/> 運動麻痺  | <input type="checkbox"/> 感覚障害 |                              |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 脳神経麻痺 | <input type="checkbox"/> 失調症  | <input type="checkbox"/> その他 |

2) Rankin scale:  (付表1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係 (1. で新たな神経脱落症状があった場合)

有り、  無し、  不明

有りの場合、最も可能性の高い原因

- |                                     |                                   |                               |                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 穿通枝障害      | <input type="checkbox"/> 親動脈閉塞    | <input type="checkbox"/> 静脈損傷 | <input type="checkbox"/> 術中破裂 |
| <input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断 | <input type="checkbox"/> その他の手術侵襲 |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化 | <input type="checkbox"/> 術後合併症    |                               |                               |

4) 周術期のその他の合併症の有無  有り、  無し

有りの場合

- |                                   |                                     |                                  |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水頭症      | <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血      | <input type="checkbox"/> 痙攣      | <input type="checkbox"/> 創部感染 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎      | <input type="checkbox"/> 嗅覚障害       | <input type="checkbox"/> 視力障害    |                               |
| <input type="checkbox"/> 硬膜下水腫・血腫 | <input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺 | <input type="checkbox"/> 肺炎      |                               |
| <input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症  | <input type="checkbox"/> 消化管出血      | <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー |                               |
| <input type="checkbox"/> その他      |                                     |                                  |                               |

○12ヶ月フォームに戻る

## 画像所見 (FORM III D)

画像年月日： 2006 or 2007

病院番号：  A-  C-  N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号： UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

画像の種類：  MRA  CTA  Angio  CT  MRI

所見：

- 脳梗塞、 水頭症、 脳萎縮、 新しい動脈瘤出現  
 脳出血、 その他、 特になし

動脈瘤に関する所見：  変化有り、  変化無し  不明

変化のあった瘤  1  2  3  4  5 (Form I 記載内容自動表示)

動脈瘤のサイズ

- 同じ  拡大 ( mm、)  縮小 ( mm、)  
 術後完全消失  術後不完全消失

\*注：拡大の場合 ENLARGEMENT FORM (p40) を御送付ください。

動脈瘤の形状

- 不変  変化あり

(繰り返し)

手術後か否か：  手術後  未手術

手術後の場合下記記載

手術による画像変化：  有り  無し

有りの場合：

- 梗塞巣  脳挫傷 (contusion)  脳内出血  硬膜下水腫  
 硬膜下血腫  水頭症  瘤の術後変化  その他

12ヶ月フォームに戻る



## 長期経過観察フォーム (FORM L)

診断5年~6年目に事務局より依頼があります。その際入力してください。

観察（診察）年月日：2012 /  /

病院番号：  A-  C-  N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号： UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

前回記載時よりの変化： 有り、  無し（有りの場合 FORM IV C）

12ヶ月~60ヶ月の間の治療の有無：

有り、  無し（有りの場合 FORM IV T）

\*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

画像所見： 有り、  無し（有りの場合 FORM IV D）

### 神経学的所見・転帰

1) 神経脱落症状（複数チェック可能）

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) 意識障害  有り、  無し

有りの場合 GCS:

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

3) Rankin scale:  0  1  2  3  4  5  6（付表1）

4) QOL チェック  済み  未

## 変化記載フォーム (FORM L C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化／破裂した年月日：□ □ □ □ / □ □ /

病院番号：□ A- □ C- □ N- □

病院名：□

病院内患者登録番号：□

UC番号：UC □

患者イニシャル（名前・姓の順）：□

### 変化の種類

動脈瘤破裂 ( 既存の瘤：瘤番号○1○2○3○4○5 (Form I 記載内容自動表示)  新しく発見された動脈瘤、 不明)

\*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

脳内出血（動脈瘤との関係： 有り、 無し、 不明)

脳梗塞（動脈瘤との関係： 有り（塞栓など）、 無し、 不明)

脳神経麻痺

動脈瘤以外の原因による死亡

### 破裂の場合

#### 破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働  睡眠中  その他

精神的： 重負荷  睡眠中  その他

#### 救急来院時の意識レベル

GCS score：

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

WFNS grade [付表2]:

#### くも膜下出血診断の根拠

CT scan  髄液検査  剖検  無し、その他

#### くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 [付表3]  I  II  III

IV

調査終了か継続か： 終了  継続

終了の場合理由： 動脈瘤破裂  患者死亡

終了の場合：終了時の Rankin scale  0  1  2  3  4  5  6 (付表1)

○長期予後フォームに戻る

## 治療フォーム (FORM L T)

病院番号： A-  C-  N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

治療された動脈瘤の数：

---

治療がなされた瘤番号○1○2○3○4○5 (Form I 記載内容自動表示)

治療方法

- 開頭手術
- 血管内動脈瘤治療
- 両方

治療の理由（主な理由をひとつだけチェック☑する）

- 患者または家族からの希望  年齢
- くも膜下出血に合併していたため  
破裂の危険性（ 瘤の大きさ  瘤の形状  瘤の部位）
- 瘤の変化（拡大など）
- 症候の出現（脳神経麻痺など）
- 破裂
- 多発性動脈瘤の2つ目以降の治療
- 前回不完全治療
- その他

治療年月日：

治療後脳動脈瘤画像評価：

有り、  無し

上記有りの場合：画像の種類： 脳血管撮影  MRA,  3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療： 完全  不完全

（不完全；クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの）

---

動脈瘤の数だけ繰り返す（5回）

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見：

1) 神経脱落症状（複数チェック☑可能）

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) Rankin scale:  (付表 1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係 (1. で新たな神経脱落症状があった場合)

有り、  無し、  不明

有りの場合、最も可能性の高い原因

<input type="checkbox"/> 穿通枝障害	<input type="checkbox"/> 親動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 静脈損傷	<input type="checkbox"/> 術中破裂
<input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断	<input type="checkbox"/> その他の手術侵襲		
<input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化	<input type="checkbox"/> 術後合併症		

4) 周術期のその他の合併症の有無  有り、  無し

有りの場合

<input type="checkbox"/> 水頭症	<input type="checkbox"/> 頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> 痙攣	<input type="checkbox"/> 創部感染
<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 視力障害	
<input type="checkbox"/> 硬膜下水腫・血腫	<input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺	<input type="checkbox"/> 肺炎	
<input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症	<input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー	
<input type="checkbox"/> その他			

○長期予後フォームに戻る