

術後6ヶ月

心事故、合併症等の確認

- 遠隔期大動脈病変の発生 あり なし
- 脳血管障害発生 あり なし
- 心事故発生 あり なし
- その他 あり() なし

高次脳機能評価

評価日 : ____年__月__日

1. Auditory Verbal Learning Test: 言語性記憶

リストA						リストB	再認
1	2	3	4	5	6	B	(A)
/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/45

2. Trail Making Test

	秒数	特記事項
A	秒	
B	秒	

3. Grooved Pegboard: 巧緻運動(左右の手ともに施行する)

	秒数	特記事項
右手	秒	
左手	秒	

4. 数唱

	順唱		逆唱
計		計	

粗点:(順唱得点)+(逆唱得点)= ____点 → 評価点: ____点

5. Benton Visual Retention Test: 視覚性記憶

形式: _____ 正確数: _____ 誤謬数: _____

省略	ゆがみ	保続	回転
置き違い	大きさの誤り	L	R

症例番号	
記入日	200 年 月 日

1. 性別 男 女
2. 年齢 _____ 歳
3. 手術日 : 200__年__月__日
4. 有害事象名

5. 発症日 : 200__年__月__日

6. 有害事象の分類(1つ選択)

- 死に至るもの 生命を脅かすもの
- 入院または入院期間の延長が必要となるもの
- 永続的又は顕著な障害・機能不全に陥るもの
- 先天異常を来すもの その他医学的に重要な状態
- 重篤でないもの

7. 症状とその経過

8. 治療

9. 転帰

- 回復 軽快 未回復 後遺症あり 死亡 不明

10. 因果関係の評価

- あり なし どちらともいえない

11. その他コメント

*重要：本頁は JSTAR 事務局宛に FAX (06-6872-6371) にて送付
 JSTAR 事務局受付時間：9:00~17:00 (TEL 06-6833-5012 内線 2745)

症例番号	
記入日	200 年 月 日

1. 性別 男 女
2. 年齢 _____ 歳
3. 手術日 : 200__年__月__日

4. 有害事象名

5. 発症日 : 200__年__月__日

6. 有害事象の分類(1つ選択)

- 死に至るもの 生命を脅かすもの
- 入院または入院期間の延長が必要となるもの
- 永続的又は顕著な障害・機能不全に陥るもの
- 先天異常を来すもの その他医学的に重要な状態
- 重篤でないもの

7. 症状とその経過

8. 治療

9. 転帰

- 回復 軽快 未回復 後遺症あり 死亡 不明

10. 因果関係の評価

- あり なし どちらともいえない

11. その他コメント

*重要：本頁は JSTAR 事務局宛に FAX (06-6872-6371) にて送付
 JSTAR 事務局受付時間：9:00~17:00 (TEL 06-6833-5012 内線 2745)

JSTAR-I 症例報告書 有害事象（死亡・合併症）③ 1/2

症例番号	
記入日	200 年 月 日

1. 性別 男 女

2. 年齢 _____ 歳

3. 手術日：200__年__月__日

4. 有害事象名

5. 発症日：200__年__月__日

6. 有害事象の分類(1つ選択)

- 死に至るもの 生命を脅かすもの
 入院または入院期間の延長が必要となるもの
 永続的又は顕著な障害・機能不全に陥るもの
 先天異常を来すもの その他医学的に重要な状態
 重篤でないもの

7. 症状とその経過

8. 治療

9. 転帰

- 回復 軽快 未回復 後遺症あり 死亡 不明

10. 因果関係の評価

- あり なし どちらともいえない

11. その他コメント

*重要：本頁は JSTAR 事務局宛に FAX (06-6872-6371) にて送付
JSTAR 事務局受付時間：9:00～17:00 (Tel 06-6833-5012 内線 2745)

4 個以上発生した場合は複写して使用してください

JSTAR-I 症例報告書 有害事象 (死亡・合併症) ③ 2/2

12. この有害事象に関連する臨床検査結果

検査項目	基準範囲	単位	検査値		
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				

13. 発症後の措置

研究の中止 研究の継続

14. 上記以外の検査結果(心電図、レントゲンなど)を添付して下さい。

*重要：本頁は JSTAR 事務局宛に FAX (06-6872-6371) にて送付
 JSTAR 事務局受付時間：9:00~17:00 (Tel 06-6833-5012 内線 2745)

4 個以上発生した場合は複写して使用してください

JSTAR-I 症例報告書 中止

症例番号	
記入日	200 年 月 日

1. 性別 男 女

2. 年齢 _____ 歳

3. 手術日 : 200__年__月__日

4. 中止日 : 200__年__月__日

5. 中止理由

- 有害事象
 患者が同意を撤回
 その他 (_____)

6. 経過

*重要：本頁は JSTAR 事務局宛に FAX (06-6872-6371) にて送付
JSTAR 事務局受付時間：9:00~17:00 (TEL 06-6833-5012 内線 2745)