

くも膜下出血の家族歴（複数チェック可能）

<input type="checkbox"/> 一親等にあり（ <input type="checkbox"/> 父、 <input type="checkbox"/> 母、 <input type="checkbox"/> 男子、 <input type="checkbox"/> 女子）
<input type="checkbox"/> 二親等にあり（ <input type="checkbox"/> 兄、 <input type="checkbox"/> 弟、 <input type="checkbox"/> 姉、 <input type="checkbox"/> 妹）
<input type="checkbox"/> それ以外の親族（いとこまで）にあり（ <input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性）
<input type="checkbox"/> 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: 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

<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	

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 年令
- 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： / /

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 L 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

画像所見 (FORM L D)

画像年月日：

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）：

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

○長期予後フォームに戻る

簡易型 長期予後報告フォーム Form LS FAX 用

貴施設名： _____

患者番号： UC _____

診断 5 年目以降の最終診察日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記最終診察日での状況: Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

①初診日よりの変化 無し 有り

ありの場合： 瘤番号

変化日

変化内容（記載）

②治療 無し 有り

ありの場合： 瘤番号

治療日時

方法： 開頭手術 血管内治療 併用

術後 1 ヶ月の予後 Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

合併症（記載）：

③画像 無し 有り

ありの場合： 瘤番号

画像日時

画像の種類：

動脈瘤の変化の有無 無し 有り

変化の記載：

緊急入力フォーム (FORM E)

動脈瘤破裂や、患者死亡などの場合、記載してください。

変化年月日： /

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。

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

調査終了の理由： 動脈瘤破裂 患者死亡

終了時 Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

YEARLY FOLLOW-UP 患者経過伺い書 葉書または封書手紙通信

謹啓

このお手紙は、未破裂脳動脈瘤前向き QOL 調査 (UCAS II) にご登録くださっている患者様に毎年近況をお伺いするためにお送りさせていただいているお手紙です。

あなたは当院脳神経外科に 年 月 日に受診なさっております。その後のご様子について、下記のご質問にお答えの上、ご返送下されれば幸いです。

謹白

〇〇病院 脳神経外科
UCAS II 担当医師

ご質問：

あなたの当院 ID 番号： _____

または お名前：

UCAS II 登録番号 (UC _____ : 医師記載)

① 最後に当院を受診なさってから症状に変化はありませんか？

はい いいえ

①-2 もし変化があればどのような変化が、いつ起こりましたか？またその後どうなされましたか？

②最後に当院を受診なさってから他院にて頭部の検査をお受けになりましたか？

はい いいえ

②-2 もしお受けになった場合、どのように説明を受けられましたか？

③最後に当院の受診なさってから他院にて動脈瘤の治療を受けられましたか？

はい いいえ

③-3 もしお受けになった場合、どのような治療をいつお受けになれましたか？またその後如何ですか？

もし差し支えなければ 他院のお名前： _____ 担当医師のお名前をお教えてください。

病院名： _____ 担当医名： _____

もしお引越しなさっていれば下記に現在のご住所またはこれから引っ越される連絡先をお教えてください。今後のお手紙をそちらに送らせていただきます。

その他：