

## 術 前 (1 / 5)

## 患者背景

性別  男  女 身長 \_\_\_\_\_ cm  
 年齢 ( ) 歳 体重 \_\_\_\_\_ kg

原疾患 弓部 ・ 遠位弓部

## 既往歴

高血圧  なし  あり  
 高脂血症  なし  あり  
 糖尿病  なし  あり  
 狭心症  なし  あり  
 心筋梗塞  なし  あり  
 腎疾患  なし  あり  
 (疾患名 )  
 消化器疾患  なし  あり  
 (疾患名 )  
 肝疾患  なし  あり  
 (疾患名 )  
 その他  なし  あり  
 (疾患名 )  
 喫煙  なし  あり ( 本 / 日 年 )  
 飲酒  なし  あり ( 合 / 週 )

## 薬剤使用状況

抗凝固薬  無  有 (  ワルファリン 中止日 : 200 年 月 日  
 その他 : \_\_\_\_\_ )  
 抗血小板薬  無  有 (  アスピリン 中止日 : 200 年 月 日  
 塩酸チクロピジン 中止日 : 200 年 月 日  
 シロスタゾール 中止日 : 200 年 月 日  
 ジピリダモール 中止日 : 200 年 月 日  
 塩酸サルポグレラート 中止日 : 200 年 月 日  
 その他 : \_\_\_\_\_ 中止日 : 200 年 月 日 )  
 降圧剤  無  有 ( )  
 抗高脂血症薬  無  有 (  スタチン  その他 : \_\_\_\_\_ )  
 糖尿病治療薬  無  有 (  インスリン  経口血糖降下薬 )  
 抗うつ薬  無  有 ( )  
 抗不安薬  無  有 ( )  
 睡眠薬  無  有 ( )

## 術 前 (2 / 5)

## 高次脳機能評価

評価日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日

 完了  未完了

## 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

## 6. Self - rating Depression Scale(SDS): \_\_\_\_\_ 点

# 術 前 ( 3 / 5 )

## 頭部 MRI

測定日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日 [臨床評価委員会判定日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日]

### 1. 無症候性脳梗塞

1) 総数 : \_\_\_\_\_ 個

2) 新たな無症候性脳梗塞 (新たに見つかったもののみ記載. 6個以上の場合は複写して使用.)

		梗塞数	1	2	3	4	5
部位	大脳半球	右	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		左	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		前頭葉 頭頂葉 側頭葉 後頭葉 視床 基底核 深部白質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小脳 脳幹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大きさ	小 (<0.5cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	小と中の中間 (0.5cm ≤, <1.0cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	中 (1.0cm ≤, <3.0cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	大 (≥3.0cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	非常に大きい (複数の lobe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
推測される病因*			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

※ : 1.アテローム血栓性脳梗塞, 2.心原性脳塞栓症, 3.ラクナ梗塞, 4.その他, 5.分類不能

### 2. 白質病変

#### 1) Fazekas の分類

① PVH :  grade 0     grade 1     grade 2     grade 3

② 白質病変 :  grade 0     grade 1     grade 2     grade 3

2) 進展の有無 :  あり     なし

## 術 前 ( 4 / 5 )

## 心機能

検査日	200 年 月 日
心拍出量(CO)/ 心係数(CI)	/
肺動脈楔入圧(PCWP)	(mmHg)

## 呼吸機能

検査日	200 年 月 日
PO2	
PCO2	
%VC	
FEV1.0%	

## 肝、腎機能

採血日	200 年 月 日
BUN	(mg/dl)
Creatinine	(mg/dl)
GOT	(U/l)
GPT	(U/l)
Choline-E	(U/l)

## 術 前 ( 5 / 5 )

## 血液・凝固能

採血日	200 年 月 日
血小板数	( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )
PT-INR	
APTT	(秒)
フィブリノーゲン	(mg/dl)
TAT	( $\mu\text{g/l}$ )
D-dimer	( $\mu\text{g/ml}$ )
FDP	( $\mu\text{g/l}$ )
AT-III	(%)
Protein C	(%)
PAI-1	(ng/ml)
血小板凝集*	
ずり応力下血小板血栓形成能*	

\* 国立循環器病センターのみ

## 神経血液検査(麻酔導入時)

採血日	200 年 月 日
S-100	( $\mu\text{g/l}$ )
NSE	(ng/ml)

## 胸部 CT

検査日 200\_\_年\_\_月\_\_日

特記事項

## 術 中

## 手術情報

手術日	200 年 月 日		
人工血管名・サイズ			
最低鼻咽頭温	(°C)	最低血液温	(°C)
最低膀胱温	(°C)	最低末梢温	(°C)
脳灌流圧測定部位	1. 浅側頭動脈 2. 橈骨動脈 3. カニュラ先端圧		
最低脳灌流圧	(mmHg)	最高脳灌流圧	(mmHg)
SCP 灌流量*	(ml/min)		
下半身循環停止時間	(分)	心筋虚血時間	(分)
SCP 時間	(分)	体外循環時間	(分)
手術時間	(分)	麻酔時間	(分)
術中出血量	(ml)	最低ヘモグロビン	(g/dl)
輸血量	MAP	(単位)	
	FFP	(単位)	
	血小板	(単位)	
	その他		

※ SCP が確立し安定した段階の流量

## 血液・凝固能 (CPB 離脱直後、プロタミン注入前)

採血日	200 年 月 日
	CPB 中血小板輸血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	CPB 中 FFP 使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
血小板数	( $\times 10^9/\mu\text{L}$ )
フィブリノーゲン	(mg/dl)
TAT	( $\mu\text{g/l}$ )
D-dimer	( $\mu\text{g/ml}$ )
FDP	( $\mu\text{g/l}$ )
AT-III	(%)
Protein C	(%)
PAI-1	(ng/ml)
血小板凝集*	
ずり応力下血小板血栓形成能*	

\* 国立循環器病センターのみ

## 術直後 [ICU] (1 / 2)

## 神経血液検査(ICU 帰室時)

採血日	200 年 月 日
S-100	( $\mu\text{g/l}$ )
NSE	( $\text{ng/ml}$ )

## 術後情報

帰室時	血液温 (Swan-Ganz カテーテル)	( $^{\circ}\text{C}$ )
体温	末梢温 ( $^{\circ}\text{C}$ )	( $^{\circ}\text{C}$ )
帰室時	心拍出量 (CO) / 心係数 (CI)	/
心機能	肺動脈楔入圧 (PCWP)	( $\text{mmHg}$ )
カテコラミン	帰室時 DOA/DOB	( $\mu\text{g/kg/min}$ )
	帰室時 NAD	( $\mu\text{g/kg/min}$ )
	帰室時 AD	( $\mu\text{g/kg/min}$ )
	術後 72 時間のカテコラミン総投与量	( $\text{mg}$ )
呼吸機能	帰室時 $\text{FiO}_2$	
	帰室時 $\text{PO}_2$	
	$\text{PO}_2/\text{FiO}_2$ ratio	
	抜管時期	
血清乳酸値 (最高値)		( $\text{mg/dl}$ )
術後出血量 (24 時間ドレーン排液量)		( $\text{ml}$ )
覚醒時期 (離握手の可能な時期)		時間
ICU 滞在日数 (術当日を含む)		(日)

## 術直後 [ICU] 2/2

## 血液・凝固能(術翌朝)

採血日	200 年 月 日
血小板数	( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )
PT-INR	
APTT	(秒)
フィブリノーゲン	(mg/dl)
TAT	( $\mu\text{g/l}$ )
D-dimer	( $\mu\text{g/ml}$ )
FDP	( $\mu\text{g/l}$ )
AT-III	(%)
Protein C	(%)
PAI-1	(ng/ml)
血小板凝集*	
ずり応力下血小板血栓形成能*	

\* 国立循環器病センターのみ

## 肝、腎機能(術翌朝)

採血日	年 月 日
BUN	(mg/dl)
Creatinine	(mg/dl)
GOT	(U/l)
GPT	(U/l)
Choline-E	(U/l)



## 術後72時間以内の合併症

 なし あり

詳細は p.15 以降の有害事象の頁に記載してください

 死亡 脳障害 一時的脳障害 (Temporary neurological dysfunction)

重度せん妄 (severe delirium)、錯乱 (confusion)、激昂 (agitation)、記憶障害、などで退院までに軽快、改善するもの

 永久的脳障害 (Permanent neurological dysfunction)

CT、MRI 上明らかとなる脳梗塞を含め、退院まで持続する局所的ないしは広範囲脳障害

 脊髄障害 対麻痺  不全対麻痺  膀胱直腸障害 心臓障害 低心拍出量症候群 (LOS) : a) ないしは b) a) 大動脈バルーンポンピング (IABP) を必要とする循環不全 b) ドーパミン(DOA)/ドブタミン(DOB)以外に、6時間以上持続し 0.1  $\gamma$ /kg/min

以上のノルアドレナリン(NAD)ないしはアドレナリン(AD)を必要とする循環不全

 周術期心筋梗塞 (PMI) : 以下の二項目以上を満たす場合 a) 心筋由来酵素上昇 (CK-MB)  $\geq 30 \mu\text{g/L}$ , トロポニン  $\geq 20 \mu\text{g/L}$  b) 新たな壁異常 c) ECG 上、新しい Q 波の出現 肺障害 72 時間以上の人工呼吸 再挿管 気管切開 抗生剤を必要とする肺炎 腎障害 術前クレアチニン (Cr)  $\leq 1.0 \text{ mg/dl}$   $\rightarrow$  最高 Cr  $\geq 2.0 \text{ mg/dl}$  術前 Cr  $> 1.0$   $\rightarrow$  術前 Cr の 100% 以上の上昇 血液透析 (HD) の使用 出血 濃厚赤血球輸血  $> 20$  単位 血小板輸血  $\geq 30$  単位 出血再開胸 感染 胸骨骨髓炎、縦隔炎 人工血管感染 敗血症 その他 ( )

## 術後3週〔退院直前〕 (1 / 3)

## 高次脳機能評価

評価日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日

 完了  未完了

## 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

## 6. Self - rating Depression Scale(SDS): \_\_\_\_\_点

## 術後3週〔退院直前〕 (2/3)

## 頭部 MRI

測定日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日 [臨床評価委員会判定日 : 200\_\_年\_\_月\_\_日]

## 1. 無症候性脳梗塞

1) 総数 : \_\_\_\_\_ 個

2) 新たな無症候性脳梗塞 (新たに見つかったもののみ記載. 6個以上の場合は複写して使用.)

		梗塞数	1	2	3	4	5
部位	大脳半球	右	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		左	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		前頭葉 頭頂葉 側頭葉 後頭葉 視床 基底核 深部白質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小脳 脳幹	皮質を含む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		皮質を含まない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大きさ	小 (<0.5cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	小と中の中間 (0.5cm ≤, <1.0cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	中 (1.0cm ≤, <3.0cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	大 (≥3.0cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	非常に大きい (複数の lobe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
推測される病因*			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

※ : 1.アテローム血栓性脳梗塞, 2.心原性脳塞栓症, 3.ラクナ梗塞, 4.その他, 5.分類不能

## 2. 白質病変

## 1) Fazekas の分類

① PVH :  grade 0  grade 1  grade 2  grade 3② 白質病変 :  grade 0  grade 1  grade 2  grade 32) 進展の有無 :  あり  なし

## 術後3週〔退院直前〕 (3 / 3)

## 血液・凝固能

採血日	年 月 日
血小板数	( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )
PT-INR	
APTT	(秒)
フィブリノーゲン	(mg/dl)
TAT	( $\mu\text{g/l}$ )
D-dimer	( $\mu\text{g/ml}$ )
FDP	( $\mu\text{g/l}$ )
AT-III	(%)
Protein C	(%)
PAI-1	(ng/ml)

## 胸部 CT

検査日 200\_\_年\_\_月\_\_日

人工血管の開存性  あり  なし  
 仮性瘤、解離の発生  あり  なし

その他 \_\_\_\_\_

退院日 200\_\_年\_\_月\_\_日

治療費 \_\_\_\_\_

## 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

## JSTAR-I 症例報告書 有害事象（死亡・合併症）① 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)

## JSTAR-I 症例報告書 有害事象（死亡・合併症）① 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)

## JSTAR-I 症例報告書 有害事象（死亡・合併症）② 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)



# JSTAR-I 症例報告書 有害事象（死亡・合併症）② 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)

## 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)