

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）

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 患者または家族の拒否 | <input type="checkbox"/> 年齢 |
| <input type="checkbox"/> 患者の健康状態 | <input type="checkbox"/> 手術の危険性 |
| <input type="checkbox"/> 瘤の大きさ | <input type="checkbox"/> 瘤の部位 |
| <input type="checkbox"/> プロトコール | <input type="checkbox"/> その他 |

(5回繰り返す)

3ヶ月後フォーム (FORM II)

癩発見後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： /

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）

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: (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：□ □ □ □ / □ □ /

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、
 新しく発見された動脈瘤、 不明）
- 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

○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

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：

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"/> 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： /

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

変化のあった瘤 1 2 3 4 5

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

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) 硬膜下水腫 硬膜下血腫
 水頭症 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: /

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)

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: (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： / /

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、
 新しく発見された動脈瘤、 不明)
- 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

○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

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"/> 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 (FORM2 III 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

変化のあった瘤 1 2 3 4 5

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

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) 硬膜下水腫 硬膜下血腫
- 水頭症 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年日以降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： / /

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）

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: (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、
 新しく発見された動脈瘤、 不明)
- 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

○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

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"/> 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

変化のあった瘤 1 2 3 4 5

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

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) 硬膜下水腫 硬膜下血腫
 水頭症 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

貴施設名： _____

患者番号： UC _____

診断5年日以降の最終診察日： _____ 年 月 日

上記最終診察日での状況： Rankin scale: _____

①初診日よりの変化 無し 有り

ありの場合：内容（記載）

②治療 無し 有り

ありの場合：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 : _____

合併症（記載）：

③画像 無し 有り

ありの場合：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、
 新しく発見された動脈瘤、 不明）
- 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

UCAS Japan 破裂例調査票

貴院名 (施設番号)	(A, C, N-)
UC 番号	
貴院番号	
患者貴科受診日(Day 0)	
UCAS II Form I 登録日	(わかればで結構 です)
破裂の日時	
破裂時の Grade	WFNS:
治療の有無/内容	
調査終了時(FORM E または変化報告時) m-Rankin scale*	
最終 m-Rankin scale* (先生のご存知の最終予後)	(Date:)
その他の詳細情報 (あれば)	

*付表 1 : m-Rankin scale (modified for UCAS Japan) 特に Rankin 6: death がございます。

Scale	Description
0	No symptoms
1	Minor symptoms that do not interfere with life style
2	Minor handicap; symptoms that lead to some restriction in lifestyle but do not interfere with the patient's capacity to look after himself
3	Moderate handicap; symptoms that significantly restrict lifestyle and prevent totally independent existence
4	Moderately severe handicap; symptoms that clearly prevent independent existence though not needing constant attention
5	Severe handicap; totally dependent patient requiring constant attention night and day
6	Death

v.08022005

本票はオンラインにて登録するか、必要事項を記載の上下記事務局へ e-mail または郵送にてお送りください。

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学医学部 脳神経外科内(担当森田)

TEL: 03-5800-8853 FAX:03-5800-8655

E-mail:

UCAS II 画像評価 拡大例調査票(複数例ある場合は各症例についてお願いします)

貴院名 (施設番号)	N-) (A, C,
UC 番号	
貴院番号	
拡大した瘤の番号	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 (チェックしてください)
拡大した瘤の元のサイズ(最大径)	1: ____mm 2: ____mm 3: ____mm (複数個の場合 2,3 に記載)
拡大の判明した画像日時/種類	____年____月____日 <input type="radio"/> MRA <input type="radio"/> CTA <input type="radio"/> 脳血管撮影(DSA を含む) <input type="radio"/> その他
拡大後の瘤のサイズ(最大径)	1: ____mm 2: ____mm 3: ____mm
症候出現の有無/内容	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 出現日: ____年____月____日 内容:
破裂の有無/内容	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 破裂日: ____年____月____日 内容:
治療の有無/内容	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 治療日: ____年____月____日 内容:
方針(すでに行われたもの、または今後の方針)	
経過中最終 m-Rankin scale* (先生のご存知の最終予後)	(Date:)
その他の詳細情報(あれば)	

*付表 1 : m-Rankin scale (modified for UCAS Japan) 特に Rankin 6: death がございます。

Scale	Description
0	No symptoms
1	Minor symptoms that do not interfere with life style
2	Minor handicap; symptoms that lead to some restriction in lifestyle but do not interfere with the patient's capacity to look after himself
3	Moderate handicap; symptoms that significantly restrict lifestyle and prevent totally independent existence
4	Moderately severe handicap; symptoms that clearly prevent independent existence though not needing constant attention
5	Severe handicap; totally dependent patient requiring constant attention night and day
6	Death