

- d.視覚異常 右眼のみの異常 左眼のみの異常 両眼全盲
右同名半盲 左同名半盲 複視
その他() なし 不明
- e.その他 頭痛 失神 めまい ふらつき
健忘 四肢失調 不随意運動 嚥下障害
drop attack その他() なし 不明
10. 来院時刻 発症3時間未満 発症6時間未満 発症12時間未満
発症24時間未満 発症24時間以降 不明

11. 来院方法

- 救急搬送 自力で来院(自家用車など) 院内発症
その他() 不明

12. 来院理由(複数回答可)

- 以前より通院(自科・他科問わず) 他院からの紹介 院内他科からの紹介
他院(入院中)から転院 初診 その他() 不明

* 他院もしくは他科からの紹介の場合、下記へ紹介医(複数回答可)を記入

- 神経内科医 脳血管/脳卒中内科医 循環器科医 その他の内科医
脳神経外科医 その他の外科医 救急診療医 眼科医
その他() 不明

* 他院もしくは他科からの紹介の場合、下記から前医受診から自施設受診までの時間を選択

- 前医受診と同日 3日以内 1週間以内 不明

13. 初診医(自施設来院時)

- 救急担当の医師 自診療科の医師 他診療科の医師 不明

14. 入院時刻

- 発症3時間未満 発症6時間未満 発症12時間未満
発症24時間未満 発症24時間以降 不明

15.入院病棟(最初に入院した病棟)

- 脳卒中専門病棟(SCU/SU など) 脳卒中専門以外の集中治療病棟(ICU など) 一般病棟
その他() 不明

16. 脳卒中の家族歴

- あり なし 不明

17. 脳卒中の既往歴(TIAを除く、複数回答可)

- あり(脳梗塞) あり(脳出血) あり(くも膜下出血)
あり(詳細不明) なし 不明

18. 入院前90日以内のTIA発症回数(今回を含む)

- ()回 複数回(回数をはっきりしない) 不明

19. 入院前90日以前のTIA既往歴(複数回答可)

- あり(retinal) あり(cerebral) あり(詳細不明) なし 不明

20. 危険因子・基礎疾患の既往歴(複数回答可)

- | | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 |
| <input type="checkbox"/> 機械弁 | <input type="checkbox"/> 心房細動 | <input type="checkbox"/> 僧帽弁狭窄症 | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞(発症4週未満) |
| <input type="checkbox"/> 左房・左室内血栓 | <input type="checkbox"/> 拡張型心筋症 | <input type="checkbox"/> 洞不全症候群 | <input type="checkbox"/> 左室部分的無活動 |
| <input type="checkbox"/> 左房粘液種 | <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 | <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 | <input type="checkbox"/> もやもや病・類もやもや病 |
| <input type="checkbox"/> その他 TIA の原因となりうる疾患() | | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |

喫煙 吸わない 禁煙中 喫煙中 不明

* 喫煙中の場合に以下から選択

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 本以下/日 | <input type="checkbox"/> 11~20 本/日 | <input type="checkbox"/> 21~30 本/日 | <input type="checkbox"/> 31 本以上/日 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|

飲酒 飲まない 機会飲酒 飲酒習慣あり 不明

21. 発症前の治療

- | | | | | | | |
|---------|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 抗血小板治療 | アスピリン(/day) | <input type="checkbox"/> 81/100 mg | <input type="checkbox"/> 200 mg | <input type="checkbox"/> その他(mg) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| | クロピドグレル(/day) | <input type="checkbox"/> 50 mg | <input type="checkbox"/> 75 mg | <input type="checkbox"/> その他(mg) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| | シロスタゾール(/day) | <input type="checkbox"/> 100 mg | <input type="checkbox"/> 200 mg | <input type="checkbox"/> その他(mg) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| | チクロピジン(/day) | <input type="checkbox"/> 200 mg | <input type="checkbox"/> 300 mg | <input type="checkbox"/> その他(mg) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| 抗凝固治療 | <input type="checkbox"/> ワルファリン | <input type="checkbox"/> ヘパリン | <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 高血圧治療 | <input type="checkbox"/> Ca 拮抗薬 | <input type="checkbox"/> ARB | <input type="checkbox"/> ACE-I | <input type="checkbox"/> 利尿薬 | | |
| | <input type="checkbox"/> β ブロッカー | <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| 脂質異常症治療 | <input type="checkbox"/> スタチン | <input type="checkbox"/> フィブラート | <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 糖尿病治療 | <input type="checkbox"/> インスリン | <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 | <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 脳外科的治療 | <input type="checkbox"/> 頸動脈内膜剥離術 | <input type="checkbox"/> ステント留置術 | <input type="checkbox"/> 経皮的血管形成術 | <input type="checkbox"/> バイパス術 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 | | | |

* 脳外科治療にチェックがある場合、以下の項目を選択

- | | | | | |
|--------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 治療血管部位 | <input type="checkbox"/> 右総頸動脈 | <input type="checkbox"/> 左総頸動脈 | <input type="checkbox"/> 右内頸動脈 | <input type="checkbox"/> 左内頸動脈 |
| | <input type="checkbox"/> 右中大脳動脈 | <input type="checkbox"/> 左中大脳動脈 | <input type="checkbox"/> 右椎骨動脈 | <input type="checkbox"/> 左椎骨動脈 |
| | <input type="checkbox"/> 脳底動脈 | <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 不明 | |

施行日 30 日以内 1 年以内 2 年以内 2 年より前 不明

(今回の TIA の病巣と同側に脳外科治療を 30 日以内に行っている場合: 治療が原因となった可能性があるため除外)

II. TIA の特徴

1. 来院時の症状の有無 あり なし 不明

2. 来院時 NIHSS _____ 不明

3. 所見

意識障害(JCS): 0 1-3 10-30 100-300 不明

注視障害: あり なし 不明

視野障害: あり なし 不明

顔面麻痺: あり(右側) あり(左側) なし 不明

上肢麻痺: あり(右側) あり(左側) なし 不明

下肢麻痺: あり(右側) あり(左側) なし 不明

失調: あり(右側) あり(左側) なし 不明

感覚障害: あり(右側) あり(左側) なし 不明

失語: あり なし 不明

構音障害: あり なし 不明

消去現象/無視: あり なし 不明

その他 (_____)

4. 症状消失時刻 _____ 時 _____ 分

* 時間が不明の場合、以下から選択

症状持続時間 5分未満 5~10分 11~60分 61分以上 不明

5. ABCD²スコア(* ABCD²スコアはすべて自動算出する)

Age 1点:60歳以上

Blood pressure 1点:収縮期 140 mmHg and/or 拡張期 90 mmHg 以上

Clinical features 1点:脱力を伴わない言語障害 2点:片側脱力

Duration 1点:10分~59分 2点:60分以上

Diabetes 1点:あり

合計 (_____ 点) 不明

III. 入院時所見/検査

1. 入院時現症

身長 (cm) 不明 体重 (kg) 不明
血圧 (/ mmHg) 不明 脈拍 (bpm) 不明
BMI (自動算出)

2. 血液検査 * a.b.ともに降圧・糖尿病治療の新たな介入前のデータのみ採用

a.入院当日のデータのみ採用する項目

WBC (/mm ³)	<input type="checkbox"/> No data	Hb (/dl)	<input type="checkbox"/> No data
Ht (%)	<input type="checkbox"/> No data	Plts (万/mm ³)	<input type="checkbox"/> No data
BUN (mg/dL)	<input type="checkbox"/> No data	Cr (mg/dL)	<input type="checkbox"/> No data
AST (IU/L)	<input type="checkbox"/> No data	ALT (IU/L)	<input type="checkbox"/> No data
γ-GTP (IU/L)	<input type="checkbox"/> No data	尿酸 (mg/dL)	<input type="checkbox"/> No data
PT-INR ()	<input type="checkbox"/> No data	随時血糖値 (mg/dL)	<input type="checkbox"/> No data
CRP (mg/dL)	<input type="checkbox"/> No data	D-dimer (UG/mL)	<input type="checkbox"/> No data
BNP (PG/mL)	<input type="checkbox"/> No data		

b.発症時に最も近いデータを採用する項目

T-Chol (mg/dL)	<input type="checkbox"/> No data	LDL-Chol (mg/dL)	<input type="checkbox"/> No data
HDL-Chol (mg/dL)	<input type="checkbox"/> No data	TG (mg/dL)	<input type="checkbox"/> No data
HbA1c (%)	<input type="checkbox"/> No data		

3. 画像検査

a.頭部 CT 施行 未施行 不明

* 施行していれば以下に記入

施行のタイミング(初回)	<input type="checkbox"/> 発症6時間以内	<input type="checkbox"/> 発症12時間以内		
	<input type="checkbox"/> 発症24時間以内	<input type="checkbox"/> 発症24時間以降	<input type="checkbox"/> 不明	
虚血病巣(新旧問わず)	<input type="checkbox"/> 単独の病巣あり	<input type="checkbox"/> 複数の病巣あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
今回の責任病巣の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	

b.頭部 MRI 施行 未施行 不明

* 施行していれば以下に記入

施行のタイミング(初回)	<input type="checkbox"/> 発症6時間以内	<input type="checkbox"/> 発症12時間以内		
	<input type="checkbox"/> 発症24時間以内	<input type="checkbox"/> 発症24時間以降	<input type="checkbox"/> 不明	
DWI 急性期脳梗塞病巣	<input type="checkbox"/> あり(単独)	<input type="checkbox"/> あり(複数)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
* あり(単独)の場合 病巣の大きさ	<input type="checkbox"/> 長径 1.5 cm 以上	<input type="checkbox"/> 長径 1.5 cm 未満	<input type="checkbox"/> 不明	
病巣の領域	<input type="checkbox"/> 右前方循環系	<input type="checkbox"/> 左前方循環系	<input type="checkbox"/> 後方循環系	<input type="checkbox"/> 不明
* あり(複数)の場合 最大の病巣の大きさ	<input type="checkbox"/> 長径 1.5 cm 以上	<input type="checkbox"/> 長径 1.5 cm 未満	<input type="checkbox"/> 不明	
病巣の領域(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 右前方循環系	<input type="checkbox"/> 左前方循環系	<input type="checkbox"/> 後方循環系	<input type="checkbox"/> 不明

FLAIR/T2WI 上記 DWI 病巣と一致する高信号病巣 あり なし 不明
 入院中のフォローアップ あり なし 不明

* フォローアップありの場合は入院期間中で最新のものを採用することとし、以下に記入

施行のタイミング 発症から_____日後 不明
 上記 DWI 病巣と一致する高信号病巣 あり なし 不明

c.頭蓋外血管の評価

頸動脈超音波検査 施行 未施行 不明
 頸部 MR angiography 施行 未施行 不明
 頸部 CT angiography 施行 未施行 不明

* 上記の検査を一つ以上施行していれば以下に記入

施行した全ての検査それぞれのタイミング 発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

右内頸動脈 所見なし プラーク 狭窄: Area()% NASCET()% 閉塞 不明
 左内頸動脈 所見なし プラーク 狭窄: Area()% NASCET()% 閉塞 不明
 右椎骨動脈 所見なし プラーク 狭窄 閉塞 不明
 左椎骨動脈 所見なし プラーク 狭窄 閉塞 不明

d.頭蓋内血管の評価

頭部 CT angiography 施行 未施行 不明
 頭部 MR angiography 施行 未施行 不明

* 上記の検査を一つ以上施行していれば以下に記入

施行した全ての検査それぞれのタイミング 発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

右内頸動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 左内頸動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 右中大脳動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 左中大脳動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 右前大脳動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 左前大脳動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 右後大脳動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 左後大脳動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 右椎骨動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 左椎骨動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明
 脳底動脈 所見なし 狭窄(1-49%50-69%70%以上) 閉塞 不明

e.脳血管造影検査 施行 未施行 不明

* 施行していれば以下に記入

施行のタイミング 発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

頭蓋外	右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄:Area()% NASCET()%	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄:Area()% NASCET()%	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
頭蓋内	右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左内頸動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右前大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左前大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右後大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左後大脳動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	左椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明
	脳底動脈	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 狭窄(<input type="checkbox"/> 1-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70%以上)	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 不明

* 血管評価全体から下記を評価

責任血管病巣と判断した病変 あり:部位() なし 不明
 動脈瘤の有無 あり:部位()大きさ() なし 不明

f.SPECT 施行 未施行 不明

* 施行していれば以下に記入

施行のタイミング 発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明
 Stage 所見なし Stage I Stage II 不明

g.経食道心臓超音波 施行 未施行 不明

* 施行していれば以下に記入

所見なし PFO あり 心内血栓あり 大動脈病変あり 不明

IV. 治療

1. 点滴

オザグレル Na	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明
アルガトロバン	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明
ヘパリン	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明
エダラボン	<input type="checkbox"/> 投与	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明

2. 内服

抗血小板治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加		<input type="checkbox"/> 薬剤変更		<input type="checkbox"/> 不明
抗凝固治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加		<input type="checkbox"/> 薬剤変更		<input type="checkbox"/> 不明
高血圧治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加		<input type="checkbox"/> 薬剤変更		<input type="checkbox"/> 不明
脂質異常症治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加		<input type="checkbox"/> 薬剤変更		<input type="checkbox"/> 不明
糖尿病治療	<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 増量	<input type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 中止
	<input type="checkbox"/> 薬剤追加		<input type="checkbox"/> 薬剤変更		<input type="checkbox"/> 不明

3. 外科的治療

頸動脈内膜剥離術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
ステント留置術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
経皮的血管形成術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
バイパス術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
動脈瘤根治術	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明

* 外科的治療にチェックがある場合、以下へ記入

施行時期	<input type="checkbox"/> 最終 TIA 発作後から_____日	<input type="checkbox"/> 不明		
治療血管部位	<input type="checkbox"/> 右総頸動脈	<input type="checkbox"/> 左総頸動脈	<input type="checkbox"/> 右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 左内頸動脈
(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 右中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 左中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 左椎骨動脈
	<input type="checkbox"/> 脳底動脈	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
CAS/PTA の場合:	<input type="checkbox"/> 右総頸動脈	<input type="checkbox"/> 左総頸動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋外右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋外左内頸動脈
(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 頭蓋内右内頸動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋内左内頸動脈	<input type="checkbox"/> 右中大脳動脈	<input type="checkbox"/> 左中大脳動脈
	<input type="checkbox"/> 頭蓋外右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋外左椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋内右椎骨動脈	<input type="checkbox"/> 頭蓋外左椎骨動脈
	<input type="checkbox"/> 脳底動脈	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
血管選択理由	<input type="checkbox"/> TIA の責任血管であり、治療適応と判断した			
	<input type="checkbox"/> TIA の責任血管ではないが、治療適応と判断した			
	<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明			

V.入院中のイベント

1. TIA の再発 あり なし 不明
ありの場合 _____時間後 _____日後
詳細不明の場合 24時間以内 1週間以内 それ以降 不明
2. 脳卒中発症 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 なし 不明
* 上記のうち一つ以上が有りの場合それぞれに対し以下に記入
発症のタイミング _____時間後 _____日後
詳細不明の場合 24時間以内 1週間以内 それ以降 不明
* 脳梗塞である場合は以下にも記入
脳梗塞病型: ラクナ梗塞 心原性脳塞栓症 アテローム血栓性脳梗塞
その他の脳梗塞 原因不明の脳梗塞 不明
3. 脳卒中以外の出血性疾患 あり() なし 不明
ありの場合 24時間以内 1週間以内 それ以降 不明
4. 脳卒中以外の塞栓症: あり() なし 不明
ありの場合 24時間以内 1週間以内 それ以降 不明
5. 虚血性心疾患 あり(急性心筋梗塞) あり(狭心症) なし 不明

VI.併存症(入院後初めて診断されたものに限定。入院前からの既往疾患は I -20 に記入)

1. 心疾患

- 心房細動 僧帽弁狭窄症 左房・左室内血栓 拡張型心筋症
洞不全症候群 左室部分的無活動 左房粘液種 感染性心内膜炎
その他() なし 不明

根拠となった検査(複数回答可): 経胸壁心臓超音波 経食道心臓超音波 12誘導心電図
Holter 心電図 その他() 不明

2. その他脳梗塞/TIA の原因となる疾患:() なし 不明

VII. 退院時の情報

1. 在院日数 _____ (入院日と退院日を入力すると自動計算される) _____ 日

2. 退院時 NIHSS _____ 不明

3. 入院 30 日目 (退院が 30 日以内の時は退院時) の mRS


- 0 全く障害なし
- 1 症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能
- 2 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、歩行は介助なしに可能
- 3 中等度の障害。なんらかの介助を要するが、歩行は介助なしに可能
- 4 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
- 5 高度の障害
- 6 死亡

4. 退院時治療

抗血小板治療	アスピリン(/day)	<input type="checkbox"/> 81/100 mg	<input type="checkbox"/> 200 mg	<input type="checkbox"/> その他(mg)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	クロピドグレル(/day)	<input type="checkbox"/> 50 mg	<input type="checkbox"/> 75 mg	<input type="checkbox"/> その他(mg)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	シロスタゾール(/day)	<input type="checkbox"/> 100 mg	<input type="checkbox"/> 200 mg	<input type="checkbox"/> その他(mg)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	チクロピジン(/day)	<input type="checkbox"/> 200 mg	<input type="checkbox"/> 300 mg	<input type="checkbox"/> その他(mg)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
抗凝固治療	<input type="checkbox"/> ワルファリン	<input type="checkbox"/> ヘパリン	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
高血圧治療	<input type="checkbox"/> Ca 拮抗薬	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> ACE-I	<input type="checkbox"/> 利尿薬		
	<input type="checkbox"/> β ブロッカー	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		
脂質異常症治療	<input type="checkbox"/> スタチン	<input type="checkbox"/> フィブラート	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
糖尿病治療	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	

IDとPassを入力し、ログインしてください。

ID	<input type="text"/>
Pass	<input type="password"/>
<input type="button" value="ログイン"/>	



当システムでは暗号化(SSL)による通信を行います。
当サイトはジオトラストのサーバ認証を取得しています。

ID: tia20

施設名: 国立循環器病研究センター

[ログアウト](#)

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 メインメニュー ◇◇◇

調査票 新規登録

↑ あらたに登録するとき

調査票 登録一覧

↑ 登録済み調査票の一覧表示 内容確認及び変更するとき

お知らせ

【入力期間】

6月11日(金)までに入力をお願いします。

【データセンターからのお願い】

長時間放置されると、画面の接続が切れますので、1時間以上離席される際は、入力途中のデータを必ず保存して、メニューへ戻ってください。

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

登録一覧表へ

前頁

次頁 >>

登録

I. 基本情報 6-8	登録年月日	施設番号	貴施設患者ID	登録ID	性別	年齢
	2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男	66 歳

6. 発症前 mRS

- 0 全く障害なし
 1 症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能
 2 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、歩行は介助なしに可能
 3 中等度の障害。なんらかの介助を要するが、歩行は介助なしに可能
 4 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
 5 高度の障害

7. 発症時刻

 時 分 不明

*分単位のみ不明な場合、分の欄は未記入で可

*時刻が不明の場合、下記から選択

0時～7時 7時～12時 12時～20時 20時～24時 起床時

8. 発症時間帯

 安静時 活動時 就寝中 不明

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

登録一覧表へ

前頁

次頁 >>

登録

登録対象基準確認	登録年月日	施設番号	貴施設患者ID	登録ID	性別	年齢
	2010/04/05	20		-	▼	歳

登録対象: 発症後7日以内に入院したTIA症例

登録対象基準

(以下の3つすべてを満たすこと)

1. TIA(一過性黒内障を含む)症例である *「TIA」の定義は「神経症状持続時間が24時間以内で、画像上の脳梗塞巣の有無は問わない」とする	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
2. TIA最終発作後7日以内の入院例である	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
3. 2008年1月1日～2009年12月31日の間の入院例である	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

登録一覧表へ

<< 前頁

次頁 >>

登録

I. 基本情報 9-12	登録年月日	施設番号	実施患者ID	登録ID	性別	年齢
		2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男	66 歳

9. 自覚症状

- a. 運動障害 顔面 (右 左 両側 なし 不明)
 上肢 (右 左 両側 なし 不明)
 下肢 (右 左 両側 なし 不明)
- b. 感覚障害 顔面 (右 左 両側 なし 不明)
 上肢 (右 左 両側 なし 不明)
 下肢 (右 左 両側 なし 不明)
- c. 言語障害 構音障害 無言 失語の可能性あり
 その他 なし 不明
- d. 視覚異常 右眼のみの異常 左眼のみの異常 両眼全盲
 右同名半盲 左同名半盲 複視
 その他 なし 不明
- e. その他 頭痛 失神 めまい ふらつき 健忘
 四肢失調 不随意運動 嚥下障害 drop attack
 その他 なし 不明

10. 来院時刻

- 発症3時間未満 発症6時間未満 発症12時間未満
 発症24時間未満 発症24時間以降 不明

11. 来院方法

- 救急搬送 自力で来院(自家用車など) 院内発症
 その他 不明

12. 来院理由(複数回答可)

- 以前より通院(自科・他科問わず) 他院からの紹介 院内他科からの紹介
 他院(入院中)から転院 初診 その他 不明

*他院もしくは他科からの紹介の場合、下記へ紹介医(複数回答可)を記入

神経内科医 脳血管/脳卒中内科医 循環器科医 その他の内科医
 脳神経外科医 その他の外科医 救急診療医 眼科医
 その他() 不明

*他院もしくは他科からの紹介の場合、下記から前医受診から自施設受診までの時間を選択

前医受診と同日 3日以内 1週間以内 不明

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

登録一覧表へ

<< 前頁

次頁 >>

登録

I 基本情報 13-19	登録年月日	施設番号	実施患者ID	登録ID	性別	年齢
	2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男	66 歳

13.初診医(自施設来院時)

救急担当の医師 自診療科の医師 他診療科の医師 不明

14.入院時刻

発症3時間未満 発症6時間未満 発症12時間未満
 発症24時間未満 発症24時間以降 不明

15.入院病種(最初に入院した病種)

脳卒中専門病棟(SCU/SUなど) 脳卒中専門以外の集中治療病棟(ICUなど) 一般病棟
 その他 _____ 不明

16.脳卒中の家族歴

あり なし 不明

17.脳卒中の既往歴(TIAを除く、複数回答可)

あり(脳梗塞) あり(脳出血) あり(くも膜下出血)
 あり(詳細不明) なし 不明

18.入院前90日以内のTIA発症回数(今回を含む)

1回 複数回()回 複数回(回数をはっきりしない) 不明

19.入院前90日以前のTIA既往歴(複数回答可)

あり(retinal) あり(cerebral) あり(詳細不明) なし 不明

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

登録一覧表へ

<< 前頁

次頁 >>

登録

I. 基本情報 20-21	登録年月日	施設番号	貴施設患者ID	登録ID	性別	年齢
	2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男	66 歳

20. 危険因子・基礎疾患の既往歴(複数回答可)

- | | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 |
| <input type="checkbox"/> 機械弁 | <input type="checkbox"/> 心房細動 | <input type="checkbox"/> 僧帽弁狭窄症 | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞(発症4週未満) |
| <input type="checkbox"/> 左房・左室内血栓 | <input type="checkbox"/> 拡張型心筋症 | <input type="checkbox"/> 洞不全症候群 | <input type="checkbox"/> 左室部分的無活動 |
| <input type="checkbox"/> 左房粘液種 | <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 | <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 | <input type="checkbox"/> もやもや病・類もやもや病 |
| <input type="checkbox"/> その他TIAの原因となりうる疾患() | | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 |

喫煙 吸わない 禁煙中 喫煙中 不明

*喫煙中の場合に以下から選択

10本以下/日 11~20本/日 21~30本/日 31本以上/日 不明

飲酒 飲まない 機会飲酒 飲酒習慣あり 不明

21. 発症前の治療

- 抗血小板治療 アスピリン(/day) 81/100mg 200mg その他 (mg) なし 不明
 クロピドグレル(/day) 50mg 75mg その他 (mg) なし 不明
 シロスタゾール(/day) 100mg 200mg その他 (mg) なし 不明
 チクロピジン(/day) 200mg 300mg その他 (mg) なし 不明

抗凝固治療 ワルファリン ヘパリン その他 なし 不明高血圧治療 Ca拮抗薬 ARB ACE-I 利尿薬
 βブロッカー その他 なし 不明脂質異常症治療 スタチン フィブラート その他 なし 不明糖尿病治療 インスリン 経口血糖降下薬 その他 なし 不明脳外科的治療 頸動脈内膜剥離術 ステント留置術 経皮的血管形成術 バイパス術
 その他 なし 不明

*脳外科治療にチェックがある場合、以下の項目を選択(複数の治療の時は、その他に簡単に記入下さい)

治療血管部位 右総頸動脈 左総頸動脈 右内頸動脈 左内頸動脈
右中大脳動脈 左中大脳動脈 右椎骨動脈 左椎骨動脈
脳底動脈 その他 不明

施行日 30日以内 1年以内 2年以内 2年より前 不明 その他()

(今回のTIAの病巣と同側に脳外科治療を30日以内に行っている場合:治療が原因となった可能性があるため除外)

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

登録一覧表へ

<< 前頁

次頁 >>

登録

II.TIAの特徴 1-5	登録年月日	施設番号	貴施設患者ID	登録ID	性別	年齢
	2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男	66 歳

1.来院時の症状の有無

○あり ○なし ○不明

2.来院時 NIHSS

○ゼロ ⊕ ○不明

3.所見

意識障害(JCS): ○0 ○1-3 ○10-30 ○100-300 ○不明
 注視障害: ○あり ○なし ○不明
 視野障害: ○あり ○なし ○不明
 顔面麻痺: ○あり(右側) ○あり(左側) ○なし ○不明
 上肢麻痺: ○あり(右側) ○あり(左側) ○なし ○不明
 下肢麻痺: ○あり(右側) ○あり(左側) ○なし ○不明
 失調: ○あり(右側) ○あり(左側) ○なし ○不明
 感覚障害: ○あり(右側) ○あり(左側) ○なし ○不明
 失語: ○あり ○なし ○不明
 構音障害: ○あり ○なし ○不明
 消去現象/無視: ○あり ○なし ○不明
 その他

4.症状持続時間

○5分未満 ○5~9分 ○10~59分 ○60分以上 ○不明

5.ABCD2スコア(*ABCD2スコアはすべて自動算出する)

Age 1点:60歳以上
 Blood pressure 1点:収縮期140mmHg and/or 拡張期90mmHg以上
 Clinical features 1点:脱力を伴わない言語障害 2点:片側脱力
 Duration 1点:10分~59分 2点:60分以上
 Diabetes 1点:あり
 合計 点 不明

計算

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

登録一覧表へ << 前頁 次頁 >> 登録

III.入院時所見/ 検査 1-2	登録年月日	施設番号	貴施設患者ID	登録ID	性別	年齢
	2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男	66 歳

1.入院時現症

身長 cm 不明 体重 kg 不明
 血圧 / mmHg 不明 脈拍 bpm 不明
 BMI ()

2.血液検査 *a.b.ともに降圧・糖尿病治療の新たな介入前のデータのみ採用

a.入院当日のデータのみ採用する項目

WBC <input type="text"/> /mm ³ <input type="checkbox"/> No data	Hb <input type="text"/> /dl <input type="checkbox"/> No data
Ht <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> No data	Plts <input type="text"/> 万/mm ³ <input type="checkbox"/> No data
BUN <input type="text"/> mg/dL <input type="checkbox"/> No data	Cr <input type="text"/> mg/dL <input type="checkbox"/> No data
AST <input type="text"/> IU/L <input type="checkbox"/> No data	ALT <input type="text"/> IU/L <input type="checkbox"/> No data
γ-GTP <input type="text"/> IU/L <input type="checkbox"/> No data	尿酸 <input type="text"/> mg/dL <input type="checkbox"/> No data
PT-INR <input type="text"/> <input type="checkbox"/> No data	随時血糖値 <input type="text"/> mg/dL <input type="checkbox"/> No data
CRP <input type="text"/> mg/dL <input type="checkbox"/> No data	D-dimer <input type="text"/> UG/mL <input type="checkbox"/> No data
BNP <input type="text"/> PG/mL <input type="checkbox"/> No data	

b.発症時に最も近いデータを採用する項目

T-Chol <input type="text"/> mg/dL <input type="checkbox"/> No data	LDL-Chol <input type="text"/> mg/dL <input type="checkbox"/> No data
HDL-Chol <input type="text"/> mg/dL <input type="checkbox"/> No data	TG <input type="text"/> mg/dL <input type="checkbox"/> No data
HbA1c <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> No data	

◆◆◆ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◆◆◆

登録一覧表へ

<< 前頁

次頁 >>

登録

III. 入院時所見/検査 3A	登録年月日	施設番号	直施設患者ID	登録ID	性別	年齢
	2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男	66 歳

3. 画像検査

a. 頭部CT 施行 未施行 不明

*施行していれば以下に記入
 施行のタイミング(初回) 発症6時間以内 発症12時間以内
 発症24時間以内 発症24時間以降 不明

虚血病巣(新旧問わず) 単独の病巣あり 複数の病巣あり なし 不明
 今回の責任病巣の有無 あり なし 不明

b. 頭部MRI 施行 未施行 不明

*施行していれば以下に記入
 施行のタイミング(初回) 発症6時間以内 発症12時間以内
 発症24時間以内 発症24時間以降 不明

DWI 急性期脳梗塞病巣 あり(単独) あり(複数) なし 不明

*あり(単独)の場合 病巣の大きさ 長径1.5cm以上 長径1.5cm未満 不明
 病巣の領域 右前方循環系 左前方循環系 後方循環系
 不明

*あり(複数)の場合 最大の病巣の大きさ 長径1.5cm以上 長径1.5cm未満 不明
 病巣の領域(複数回答可) 右前方循環系 左前方循環系 後方循環系
 不明

FLAIR/T2WI 上記DWI病巣と一致する高信号病巣 あり なし 不明
 入院中のMRIフォローアップ あり なし 不明

*フォローアップありの場合は入院期間中で最新のものを採用することとし、以下に記入
 施行のタイミング 発症から _____ 日後 不明
 上記DWI病巣と一致する高信号病巣 あり なし 不明

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

登録一覧表へ

<< 前頁

次頁 >>

登録

III.入院時所見/検査 3B	登録年月日	施設番号	貴施設患者ID	登録ID	性別	年齢
	2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男	66 歳

3.画像検査

c.頭蓋外血管の評価

頸動脈超音波検査

○ 施行 ○ 未施行 ○ 不明

*上記の検査を施行していれば以下に記入

施行した検査のタイミング

発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

頸部 MR angiography

○ 施行 ○ 未施行 ○ 不明

*上記の検査を施行していれば以下に記入

施行した検査のタイミング

発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

頸部 CT angiography

○ 施行 ○ 未施行 ○ 不明

*上記の検査を施行していれば以下に記入

施行した検査のタイミング

発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

*上記の検査を一つ以上施行していれば以下に記入

右内頸動脈

所見なし プラーク 狭窄: Area % NASCET %
閉塞 不明

左内頸動脈

所見なし プラーク 狭窄: Area % NASCET %
閉塞 不明

右椎骨動脈

所見なし プラーク 狭窄: 閉塞 不明

左椎骨動脈

所見なし プラーク 狭窄: 閉塞 不明

d.頭蓋内血管の評価

頸部 CT angiography

○ 施行 ○ 未施行 ○ 不明

*上記の検査を施行していれば以下に記入

施行した検査のタイミング

発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

頸部 MR angiography

○ 施行 ○ 未施行 ○ 不明

*上記の検査を施行していれば以下に記入

施行した検査のタイミング

発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

*上記の検査を一つ以上施行していれば以下に記入

右内頸動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

左内頸動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

右中大脳動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

左中大脳動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

右前大脳動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

左前大脳動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

右後大脳動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

左後大脳動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

右椎骨動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

左椎骨動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

脳底動脈 所見なし 狭窄 (1-49% 50-69% 70%以上) 閉塞 不明

◇◇◇ TIA 後ろ向き研究調査票入力 新規登録 ◇◇◇

登録一覧表へ

<< 前頁

次頁 >>

登録

III.入院時所見/検査 3C	登録年月日	施設番号	貴施設患者ID	登録ID	性別	年齢
	2010/04/05	20	TESTID2	20-033	男	66 歳

3.画像検査

e.脳血管造影検査

施行 未施行 不明

*施行していれば以下に記入
施行のタイミング

発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

頭蓋外	右内頸動脈	所見なし	狭窄: Area	% NASCET	%	閉塞	不明
	左内頸動脈	所見なし	狭窄: Area	% NASCET	%	閉塞	不明
	右椎骨動脈	所見なし	狭窄	閉塞	不明		
	左椎骨動脈	所見なし	狭窄	閉塞	不明		
頭蓋内	右内頸動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	左内頸動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	右中大脳動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	左中大脳動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	右前大脳動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	左前大脳動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	右後大脳動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	左後大脳動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	右椎骨動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	左椎骨動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明
	脳底動脈	所見なし	狭窄 (	1-49%	50-69%	70%以上)	閉塞 不明

*血管評価全体から下記を評価
責任血管病巣と判断した病変

あり: 部位() なし 不明

動脈瘤の有無

あり: 部位() 大きさ() なし 不明

f.SPECT

施行 未施行 不明

*施行していれば以下に記入
施行のタイミング

発症6時間以内 発症12時間以内
発症24時間以内 発症24時間以降 不明

Stage

所見なし Stage I Stage II 不明

g.経食道心臓超音波

施行 未施行 不明

*施行していれば以下に記入

所見なし PFOあり 心内血栓あり 大動脈病変あり 不明