

(注意) : 複数選択: 単一選択

文字列入力()

数字入力[]

凡例 入力項目分類 (数字は入力の優先順位)

1. 毎回入力項目 : 2重括弧 (毎回入力をしていただく項目)
2. 変更のみ入力項目 : 1重括弧 (前回からのデータ変更及びデータ追加があれば入力していただく項目)
3. 1回のみ項目 : 括弧なし (1回のみ入力すればよい項目)

日付項目

「不明」にチェックする場合 : プロジェクト開始以前のため、カルテ等で遡れない場合のみにして下さい。
 年月のみ判明している場合 : 年月は判明している情報を、日は「不明」を入力して下さい。

追加

1回の入力でシートを追加して入力可能

前回の内容をコピー

前回調査の入力をコピーして入力可能

(疾患) 脳梗塞

疾患の定義

・痙攣を除く24時間以上持続する急性発症の局所神経症状(皮質症状や半側の麻痺・感覚障害)があり、CT等の画像にて脳梗塞と診断されたもの
 ・24時間未満の一過性の局所神経症状があり、画像にて対応する責任病変が確認された場合は、TIA(一過性脳虚血発作)として登録する。
 または、すでに脳梗塞と診断され、薬物治療等が行われている。但し、薬物治療の有無にかかわらず、無症候性脳梗塞は含まない。

NINDS-III (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Stroke 1990;21:637-676)

日本脳卒中学会/日本脳神経外科学会/日本神経学会/日本神経治療学会/日本リハビリテーション医学会編 脳卒中合同ガイドライン委員会 脳卒中治療ガイドライン 2009を参照

初回脳梗塞発症日 []年 []月 []日 不明初回脳梗塞発症時症状 あり 不明

- | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 意識障害 | <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 | <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 脳神経麻痺 |
| <input type="checkbox"/> 運動麻痺 | <input type="checkbox"/> 感覚障害 | <input type="checkbox"/> 運動失調 | <input type="checkbox"/> その他 |

脳梗塞分類 アテローム血栓性脳梗塞 心原性脳塞栓 ラクナ梗塞
 TIA(一過性脳虚血発作) その他(分類不能または病型不明)

診断方法 (複数選択可) あり 不明

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> MRA | <input type="checkbox"/> 脳血管造影 |
| <input type="checkbox"/> 頭・頸部超音波検査 | <input type="checkbox"/> 心電図 | <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

登録時 modified Rankin Scale (mRS) 日本語版

- 0 まったく症候がない : 自覚症状および他覚徴候がともにない状態である
 1 症候はあっても明らかな障害はない : 日常の勤めや活動は行える
 2 軽度の障害 : 発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える
 3 中等度の障害 : 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える
 4 中等度から重度の障害 : 歩行や身体的要求には介助が必要である
 5 重度の障害 : 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする
 不明

※介助とは、手助け、言葉による指示および見守りを意味する。

※歩行は主に平地での歩行について判定する。なお、歩行のための補助具(杖、歩行器)の使用は介助には含まない。

(初回登録時) 再発の有無

 あり なし 不明

脳梗塞再発日 ※複数再発していた場合は、最初の再発日

[]年 []月 []日 不明

再発時脳梗塞分類

- | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="radio"/> アテローム血栓性脳梗塞 | <input type="radio"/> 心原性脳塞栓 | <input type="radio"/> ラクナ梗塞 |
| <input type="radio"/> TIA(一過性脳虚血発作) | <input type="radio"/> その他(分類不能または病型不明) | |

(注意) : 複数選択: 単一選択

文字列入力()

数字入力[]

前回の内容をコピー

(2回目以降) 前回調査時から再発の有無

 あり なし 不明

脳梗塞再発日 ※追跡期間に複数再発していた場合は、最初の再発日

[]年 []月 []日 不明

再発時脳梗塞分類

 アテローム血栓性脳梗塞 心原性脳塞栓 ラクナ梗塞
 TIA(一過性脳虚血発作) その他(分類不能または病型不明)