

北海道脳卒中における急性期医療実態調査票

No.

資料 4 - 3

事務担当者記載欄	医療機関名					
	所在地					
	事務担当者	部署	担当者名			
	電話		FAX			
	e-mail (任意)					
	I 医療機関の状況 ※本項目は、初回の調査票のみ回答してください(2枚目以降の調査票は省略可)					
		常勤	非常勤/出張医	【再掲】専門医の人数		
脳卒中の診療に従事する医師数(専門医・出張医含む)		名	名			
【内訳】	脳神経外科医	名	名	脳神経外科専門医の人数	常勤 名	非常勤/出張医 名
	神経内科医	名	名	日本脳神経血管内治療学会認定専門医の人数	名	名
	内科医	名	名		名	名

以下の項目は、患者ごとに記載してください

II 患者属性 及び 発症時の状況

(1) 年齢 歳
 (2) 性別 (男・女) (男・女)
 (3) 発症日時 (月日) 月 日 時 分 不明
 (4) 発症地 (市町村名のみ) ※番地は不要

III 受診の状況

(1) 受診手段 ※あてはまるものに○ (2) 救急搬送の状況
 ※消防機関からの傷病者引継書(写)より転記
 ※a~cに回答した場合に記載

<input type="checkbox"/> a. 救急車 <input type="checkbox"/> b. 消防防災ヘリ <input type="checkbox"/> c. ドクターヘリ <input type="checkbox"/> d. 自家用車 <input type="checkbox"/> e. タクシー <input type="checkbox"/> f. 独歩 <input type="checkbox"/> g. その他・不明	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>① 救急要請時間</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">時</td> <td style="text-align: center;">分</td> </tr> <tr> <td>② 現場到着時間</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">時</td> <td style="text-align: center;">分</td> </tr> <tr> <td>③ 医療機関の到着時間</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">時</td> <td style="text-align: center;">分</td> </tr> </table>	① 救急要請時間	月	日	時	分	② 現場到着時間	月	日	時	分	③ 医療機関の到着時間	月	日	時	分
① 救急要請時間	月	日	時	分												
② 現場到着時間	月	日	時	分												
③ 医療機関の到着時間	月	日	時	分												

(2) 他医療機関経由の有無 (貴院到着前に経由した医療機関を、全て記載)
 a. 経由なし
 b. 経由あり (医療機関名:)

IV 診断の状況

(1) CT・MRI等による診断確定時間 月 日 時 分

(2) 主幹動脈閉塞の有無
 a. あり (閉塞部位:) b. なし c. 不明

(3) 来院時の意識障害
 a. あり b. なし c. 不明
あてはまる項目に、☑を記載してください

JCS (ジャパン・コマ・スケール)

- | | |
|--|---|
| <p>I 刺激しないでも覚醒している状態</p> <p><input type="checkbox"/> 1点 だいたい意識生命だが、今ひとつはつきりしない</p> <p><input type="checkbox"/> 2点 見当識障害がある</p> <p><input type="checkbox"/> 3点 自分の名前、生年月日が言えない</p> <p>II 刺激すると覚醒するが刺激をやめると眠り込む状態</p> <p><input type="checkbox"/> 10点 普通の呼びかけで容易に海岸する</p> <p><input type="checkbox"/> 20点 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する</p> <p><input type="checkbox"/> 30点 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと、かろうじて開眼する</p> | <p>III 刺激をしても覚醒しない状態</p> <p><input type="checkbox"/> 100点 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする</p> <p><input type="checkbox"/> 200点 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる</p> <p><input type="checkbox"/> 300点 痛み刺激に反応しない</p> |
|--|---|

裏面の記入も
お願いします

(4) 来院時の重症度 (GCS : グラスゴー・コーマ・スケール)

あてはまる項目に、 を記載してください

GCS (グラスゴー・コーマ・スケール)

E 開眼機能 (Eye Opening)

- 4点 自発的にまたは普通の呼びかけで開眼
- 3点 強く呼びかけると開眼
- 2点 痛み刺激で開眼
- 1点 開眼せず

V 発語機能 (Best Verbal Response)

- 5点 見当識が保たれている
- 4点 会話はできるが見当識が混乱
- 3点 発語はあるが会話は成立しない
- 2点 理解不明の声
- 1点 発語せず (挿管などで発語困難の場合も含む)

M 運動機能 (Best Motor Response)

- 6点 命令に従って四肢を動かすことができる
- 5点 痛み刺激に対して手で払いのける
- 4点 指への痛み刺激に対して四肢をひっこめる
- 3点 痛み刺激に対して緩徐な四肢屈曲反応
- 2点 痛み刺激に対して緩徐な四肢伸展運動
- 1点 まったく動かず

(5) 他医療機関へ転送の有無 (貴院から、他医療機関に転送しましたか)

- a. 転送なし
- b. 転送あり (医療機関名: _____)

V 治療の状況

(1) t-PA治療の有無

- a. 自施設で実施 → 治療開始時間

月	日	時	分
---	---	---	---
- b. 他医療機関で実施 → 医療機関名 (_____)
- c. なし

(2) 脳血管内治療の有無

- a. 自施設で実施
- b. 他医療機関で実施
- c. なし (→設問V)

(3) 脳血管内治療の実施状況 (※自施設で実施した場合のみ)

- ① 治療開始時間

月	日	時	分
---	---	---	---
- ② 再開通の時間

月	日	時	分
---	---	---	---
- ③ 再開通の程度

あてはまる項目にを記載してください

TICIグレード (Thrombolysis in cerebral infarction)

- TICI 0 再灌流なし
- TICI 1 再開通を認めるが末梢の血流がないかゆつくり灌流される
- TICI 2A 50%未満の再灌流
- TICI 2B 50%以上の再灌流
- TICI 3 完全再開通

VI 脳血管内治療を実施しない理由 (※IV(2)「脳血管内治療の有無」で、「c.なし」と回答した場合のみ)

- ① 自施設での治療が困難であり、治療可能な医療機関と連携体制が出来ていないため
- ② 脳血管内治療の適応外であるため
- ③ ①②以外で、医師の判断による
- ④ 患者・家族の同意が得られなかったため
- ⑤ その他 (_____)

VII 発症後1週間経過の状況

mRSスコア (0~6) ※あてはまるものに○

- 0 全く症候がない
- 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 (発症以前の活動が全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)
- 6 死亡
- 7 不明

ご協力ありがとうございました

