臨床調査個人票

☐ 新規 ☐ 更新

006 パーキンソン病

■ 行政記載欄

受給者番号	□□□□□□□	判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定

■ 基本情報

姓（かな）			名（かな）		
姓（漢字）			名（漢字）		
郵便番号	□□□□□□□				
住所					
生年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日				＊以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男 ☐ 2. 女				
出生市区町村					
出生時氏名 （変更のある場合）	姓（かな）		名（かな）		
	姓（漢字）		名（漢字）		
家族歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明				
	続柄				
発症年月	西暦 □□□□ 年 □□ 月				

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見（更新時にも記載必須、いずれの時期でもよい）

1.パーキンソニズムがある。 （(1)または(2)のいずれかに該当する）	□ 1.該当	□ 2.非該当
□ (1)典型的な左右差のある安静時振戦（4～6Hz）がある。		
□ (2)以下のうち2項目以上が存在する		
□ 歯車様強剛	□ 動作緩慢	□ 姿勢反射障害

B. 検査所見（新規申請時のみ記載、いずれの時期でもよい）

1.CT/MRI 検査					
脳 CT 又は MRI の特異的異常がない		□ 1.該当	□ 2.非該当		
実施日	□ 1.実施	□ 2.未実施			
	CT 撮影日	西暦 □□□□ 年 □□ 月			
	MRI 撮影日	西暦 □□□□ 年 □□ 月			
2.画像所見					
顕著な大脳萎縮／白質病変	□ 1.あり	□ 2.なし			
	部位	□ 1.前頭	□ 2.頭頂	□ 3.側頭	□ 4.その他
	高度な側	□ 1.右	□ 2.左		
線条体の萎縮または異常信号	□ 1.あり	□ 2.なし	第三脳室拡大	□ 1.あり	□ 2.なし
多発脳梗塞	□ 1.あり	□ 2.なし	被殻萎縮	□ 1.あり	□ 2.なし
脳幹萎縮（中脳／橋）	□ 1.あり	□ 2.なし	小脳萎縮	□ 1.あり	□ 2.なし

C. 鑑別診断（新規申請時のみ記載）

1.以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。	□ 全て除外可	□ 除外不可
a.脳血管性パーキンソニズム	b.薬物性パーキンソニズム	c.多系統萎縮症
2.パーキンソニズムを起こす薬物・毒物に曝露	□ 1.曝露なし	□ 2.曝露あり

D．治療その他（更新時にも記載必須、直近時）

1. 抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる					
抗パーキンソン病薬の効果	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 未検討		
L-DOPA 製剤使用の有無	☐ 1. 使用中	☐ 2. 未使用	☐ 3. 過去に使用		
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化	☐ 4. 不明
ドパミン受容体作動薬の使用の有無	☐ 1. 使用中	☐ 2. 未使用	☐ 3. 過去に使用		
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化	☐ 4. 不明
その他の治療薬の有無	☐ 1. あり	☐ 2. なし			
	薬剤名				
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化	☐ 4. 不明

■　＜診断のカテゴリー＞（新規時・更新時ともに記載必須）

☐ Definite：A-1 かつ B-1 かつ C-2 の曝露なしを満たし、D-1（抗パーキンソン薬で改善）を満たす

☐ Probable：A-1 かつ B-1 かつ C-2 の曝露なしを満たし、D-1 の薬物反応は未検討のもの

☐ いずれにも該当しない

■　重症度分類に関する事項（直近 6 か月間の最重症時の状態）

重症度判定日	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月 ☐☐ 日
1. パーキンソニズムの要素による歩行異常	☐ 1. パーキンソニズムの要素はなし ☐ 2. 歩行は緩慢。小刻みでひきずることもあり、しかし加速歩行や前方突進現象は認めない。 ☐ 3. 困難を伴うが、一人で歩ける。加速歩行、小刻み歩行、前方突進現象がみられることもある。 ☐ 4. 介助歩行 ☐ 5. 歩行不可

2. 姿勢の安定性 （立ち直り反射障害と後方突進現象）	□ 1. なし □ 2. 後方突進現象はあるが、自分で立ち直れる。 □ 3. 後方突進現象があり、支えないと倒れる。 □ 4. きわめて不安定で、何もしなくても倒れそうになる。 □ 5. 介助なしには起立が困難
Hoehn-Yahr 重症度分類	□ 0 度（パーキンソニズムなし） □ 1 度（一側性パーキンソニズム） □ 2 度（両側性パーキンソニズム。姿勢反射障害なし） □ 3 度（軽～中等度パーキンソニズム。姿勢反射障害あり。 日常生活に介助不要） □ 4 度（高度障害を示すが、歩行は介助なしにどうにか可能） □ 5 度（介助なしにはベッド車椅子生活）

日常生活機能障害度
□ 1 度（日常生活、通院にほとんど介助を要しない） □ 2 度（日常生活、通院に部分的介助を要する） □ 3 度（日常生活に全面的介助を要し独力では歩行起立不能）

■　その他の臨床情報

A．主要所見（直近の状態）

1. 筋強剛	□ 1. あり　□ 2. なし		
2. 自律神経系			
頻尿 （排尿困難）	□ 1. あり　□ 2. なし	頑固な便秘	□ 1. あり　□ 2. なし
発汗異常	□ 1. あり　□ 2. なし	起立性低血圧	□ 1. あり　□ 2. なし
3. 認知機能・精神症状			
抑うつ症状	□ 1. あり　□ 2. なし	幻覚（非薬剤性）	□ 1. あり　□ 2. なし
認知症・認知機能低下	□ 1. あり　□ 2. なし		

B．発症と経過

初発症状（新規申請時のみ記載）	筋強剛	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
	姿勢反射の障害	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
	振戦	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
	動作緩慢、無動・寡動	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
	歩行異常	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明

経過	☐ 1. 進行性	☐ 2. 進行後停止	☐ 3. 軽快	☐ 4. その他

C．その他

1. 参考（直近の状態）

症状の日内変動の有無	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
ジスキネジアの有無	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明

2. 定位脳手術
（最新のものを記載。更新時に前回記載以後の手術実施がない場合は、1. あり 2. なし 3. 不明の項のみ記載）

定位脳手術の有無	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明	
	実施年月	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月		
	部位	☐ 1. 視床下核	☐ 2. 淡蒼球	☐ 3. 視床
	種類	☐ 1. 破壊術	☐ 2. 刺激術	

3. 栄養と呼吸（直近の状態）

気管切開	☐ 1. 実施	☐ 2. 未実施	
	導入日	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月	
鼻腔栄養	☐ 1. あり	☐ 2. なし	
	導入日	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月	
胃瘻	☐ 1. あり	☐ 2. なし	
	導入日	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月	

■　人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	□ 1. あり
開始時期	西暦 □□□□ 年 □□ 月
離脱の見込み	□ 1. あり　□ 2. なし
種類	□ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 □ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	□ 1. 間欠的施行　□ 2. 夜間に継続的に施行 □ 3. 一日中施行　□ 4. 現在は未施行

生活状況	食事	□ 自立　□ 部分介助　□ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	□ 自立　□ 軽度介助 □ 部分介助　□ 全介助
	整容	□ 自立　□ 部分介助/不可能
	トイレ動作	□ 自立　□ 部分介助　□ 全介助
	入浴	□ 自立　□ 部分介助/不可能
	歩行	□ 自立　□ 軽度介助 □ 部分介助　□ 全介助
	階段昇降	□ 自立　□ 部分介助　□ 不能
	着替え	□ 自立　□ 部分介助　□ 全介助
	排便コントロール	□ 自立　□ 部分介助　□ 全介助
	排尿コントロール	□ 自立　□ 部分介助　□ 全介助

■　特記事項（その他の所見等がある場合に記載）　＊250 文字以内かつ 7 行以内

医療機関名	
指定医番号	
医療機関所在地	
電話番号	＊ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと
記載年月日	西暦　　年　　月　　日

・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。）
・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。