

基本情報

受給者番号					
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	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 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他 続柄 ()				
発症年月	西暦	年	月		
社会保障	介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1	2 3 4 5
生活状況					
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いくらか問題がある 3.寝たきりである				
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いくらか問題がある 3.自分でできない				
ふだんの活動	1.問題はない 2.いくらか問題がある 3.行うことができない				
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい				
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる				

診断基準に関する事項

A. 主要所見 (該当する項目に☑を記入する)

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	
構音障害	1.あり 2.なし 嚥下障害 1.あり 2.なし
四肢の腱反射	1.正常 2.低下 3.亢進 パピンスキー/チャドック徴候 1.陽性 2.陰性
他人の手徴候/把握反射/反射性ミオクローヌスのいずれか	1.あり 2.なし
四肢の症状の顕著な非対称性	1.あり 2.なし
2.歩行、姿勢、協調運動	
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
前屈姿勢の有無	1.なし 2.軽度の前屈姿勢(高齢者では正常としてもおかしくない程度の前屈) 3.中等度の前屈姿勢、一側にやや傾くこともある。 4.高度の前屈姿勢、脊椎後彎を伴う。一側へ中等度に傾くこともある。 5.高度の前屈、究極の異常前屈姿勢
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.後方突進現象があるが、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、何もなくても倒れそうになる。 5.介助なしには起立が困難
椅子からの立ち上がり	1.正常 2.可能だがおそい。一度でうまくいかないこともある。 3.肘掛けに腕をついて立ち上がる必要がある。 4.立ち上がろうとしても椅子に倒れ込むことがある。しかし最後には一人で立ち上がれる。

	5.立ち上がるには、介助が必要。		
小脳症状（体幹失調・四肢失調）の有無	1.あり 2.なし		
3.錐体外路症候			
安静時振戦	1.なし 2.ごくわずかでたまに出現 3.軽度の振幅の振戦で持続的に出現しているか中等度の振幅で間隔的に出現する 4.中等度の振幅で大部分の時間出現している 5.大きな振幅の振戦が、大部分の時間出現している		
筋強剛（歯車様強剛）	1.なし 2.軽微な筋強剛。または他の部位の随意運動で誘発される筋強剛 3.軽度～中等度の筋強剛 4.高度の筋強剛。しかし関節可動域は正常 5.著明な筋強剛。正常可動域を動かすには困難を伴う		
体幹部や頸部に強い筋強剛/頸部後屈	1.あり 2.なし		
4.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
5.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
肢節運動失行	1.あり 2.なし	失行（肢節運動失行以外）	1.あり 2.なし
認知症・認知機能低下	1.あり 2.なし		

B. 検査所見（該当する項目に☑を記入する）

1.脳CT又はMRIの特異的異常がない 特異的異常：多発脳梗塞 被殻萎縮 脳幹萎縮 著大な脳室拡大 著大な大脳萎縮 その他	1.該当 2.非該当		
2.画像所見			
CT/MRI検査の実施 1.実施 2.未実施	CT撮影日 西暦 年 月	MRI撮影日 西暦 年 月	
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	
DATイメージング 1.実施 2.未実施	実施時期 西暦 年 月	特異的結合比（SBR） 右（ ） 左（ ） 平均（ ）	
MIBG心筋シンチグラフィ 1.実施 2.未実施	実施時期 西暦 年 月	H/M比 早期像（ ） 後期像（ ）	

C. 鑑別診断（該当する項目に☑を記入する）

1.以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。 1.脳血管性パーキンソニズム 2.薬物性パーキンソニズム 3.多系統萎縮症 4.その他	1.全て除外可 2.除外不可 3.不明
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
3.鑑別できる使用薬剤	
フェノチアジン、ブチロフェノン系薬剤、非定型抗精神病薬	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用
ベンズアミド誘導体（チアプリド、スルピリド、クレボプリド、メトクロプラミド）	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用
レセルピン	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用

<診断のカテゴリー>（該当する項目に☑を記入する）

Definite：A-1、B-1、C-2の曝露なし、および 治療その他（抗パーキンソン薬で改善）を満たす
Probable：A-1、B-1、C-2の曝露なしは満たすが、治療その他で薬物反応を未検討
いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

発症と経過

初発症状(新規)			
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	1.あり 2.なし 3.不明
無動・寡動	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		

治療その他

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	
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	
塩酸アマタジン使用の有無	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	
抗コリン薬使用の有無	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	
セレギリン塩酸塩使用の有無	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	
エンタカポン使用の有無	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	
ゾニサミド使用の有無	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	
イストラデフィリン使用の有無	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	
2. 参考			
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	
3. 定位脳手術			
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	
4. 栄養と呼吸			
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	

重症度分類に関する事項(該当事項に☑を記入する)

病期	
Hoehn & Yahr 重症度	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)	

modified Rankin Scale (mRS)

- 0.まったく症候がない 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) 6.死亡

食事・栄養

- 0.症候なし 1.時にむせる、食事動作がぎこちないなどの症候があるが、社会生活・日常生活に支障ない
 2.食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする 3.食事・栄養摂取に何らかの介助を要する
 4.補助的な経口的栄養摂取(経管栄養、中心静脈栄養など)を必要とする 5.全面的に経口的栄養摂取に依存している

呼吸

- 0.症候なし 1.肺活量の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障ない 2.呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある
 3.呼吸症状が睡眠の妨げになる、あるいは着替えなどの日常生活動作で息切れが生じる
 4.喀痰の吸引あるいは間欠的な換気補助装置使用が必要 5.気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要

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.気管切開口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	

医療機関名 _____ 指定医番号 _____

医療機関所在地 _____ 電話番号 (_____)

医師の氏名 _____ 印 記載年月日: 西暦 年 月 日 自筆または押印のこと

- ・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28年〇月〇日健発〇〇第〇号健康局長通知)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。