

## 006 パーキンソン病

## 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
	MRI 撮影日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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）**

<p>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</p> <p>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</p> <p>いずれにも該当しない</p>
---

**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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
1.パーキンソニズムの要素による歩行異常	<p>1.パーキンソニズムの要素はなし</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4.介助歩行</p> <p>5.歩行不可</p>

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
鼻腔栄養	1.あり		2.なし					
	導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
胃瘻	1.あり		2.なし					
	導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 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 部分介助	軽度介助 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 部分介助	軽度介助 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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。