

006 パーキンソン病

行政記載欄

受給者番号	<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"/>							
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 <input type="text"/> <input type="text"/>	*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			

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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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。