

## 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"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 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"/>							
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	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> (1)典型的な左右差のある安静時振戦（4～6Hz）がある。 <input type="checkbox"/> (2)以下のうち2項目以上が存在する <input type="checkbox"/> 歯車様強剛 <input type="checkbox"/> 動作緩慢 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当		
実施日	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	CT 撮影日	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"/>
	MRI 撮影日	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"/>
2. 画像所見				
顕著な大脳萎縮/ 白質病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 前頭 <input type="checkbox"/> 2. 頭頂 <input type="checkbox"/> 3. 側頭 <input type="checkbox"/> 4. その他		
	高度な側	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左		
線条体の萎縮 または異常信号	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	第三脳室拡大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
多発脳梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	被殻萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
脳幹萎縮（中脳/橋）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	小脳萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 全て除外可	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 曝露なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検討
L-DOPA 製剤使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. 使用中 <input type="checkbox"/> 2. 未使用 <input type="checkbox"/> 3. 過去に使用
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
ドパミン受容体作動薬の使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. 使用中 <input type="checkbox"/> 2. 未使用 <input type="checkbox"/> 3. 過去に使用
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他の治療薬の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	薬剤名
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

■ <診断のカテゴリー>（新規時・更新時ともに記載必須）

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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 <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	<input type="checkbox"/> 1. パーキンソニズムの要素はなし <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 4. 介助歩行 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 後方突進現象はあるが、自分で立ち直れる。 <input type="checkbox"/> 3. 後方突進現象があり、支えないと倒れる。 <input type="checkbox"/> 4. きわめて不安定で、何もしなくても倒れそうになる。 <input type="checkbox"/> 5. 介助なしには起立が困難
Hoehn-Yahr 重症度分類	<input type="checkbox"/> 0 度 (パーキンソニズムなし) <input type="checkbox"/> 1 度 (一側性パーキンソニズム) <input type="checkbox"/> 2 度 (両側性パーキンソニズム。姿勢反射障害なし) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 4 度 (高度障害を示すが、歩行は介助なしにどうにか可能) <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 1 度 (日常生活、通院にほとんど介助を要しない) <input type="checkbox"/> 2 度 (日常生活、通院に部分的介助を要する) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
2. 自律神経系			
頻尿 (排尿困難)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	頑固な便秘	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
発汗異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	起立性低血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 認知機能・精神症状			
抑うつ症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	幻覚 (非薬剤性)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
認知症・認知機能低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	姿勢反射の障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	振戦	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	動作緩慢、無動・寡動	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	歩行異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
経過	<input type="checkbox"/> 1. 進行性 <input type="checkbox"/> 2. 進行後停止 <input type="checkbox"/> 3. 軽快 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
ジスキネジアの有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	実施年月      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 視床下核 <input type="checkbox"/> 2. 淡蒼球 <input type="checkbox"/> 3. 視床
	種類 <input type="checkbox"/> 1. 破壊術 <input type="checkbox"/> 2. 刺激術
3. 栄養と呼吸 (直近の状態)	
気管切開	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	導入日      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
鼻腔栄養	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	導入日      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
胃瘻	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	導入日      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 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です。）
- ・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。