

臨床調査個人票 認定 不認定  
006. パーキンソン病(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。  
※診断基準、重症度分類については、「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。

■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ( )	
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号		住所	
生年月日等			
生年月日	西暦	年 月 日	性別
			1. 男 2. 女

■重症度分類に関する事項

※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。

「Hoehn-Yahr重症度分類3度以上」かつ 「日常生活機能障害度2度以上」を満たす	左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない (* 軽症者へ)
--	--

(\* 軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

重症度分類	
以下の各項目のうち、該当するものにチェック☑	
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。) 

■発症と経過

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
経過	
経過	1. 進行性 2. 進行後停止 3. 軽快 4. その他 ( )
特記事項	

■治療その他 (西暦 年 月 日)

抗パーキンソン病薬の効果													
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										
塩酸セリギリン使用の有無	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										
ドロキシドパ使用の有無	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												
参考 (判定: 西暦 年 月 日)													
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												
精神症状の有無	1. あり 2. なし 3. 不明												
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												
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												
人工呼吸器	1. あり 2. なし 導入日 西暦 年 月 種類 1. NPPV (非侵襲的人工呼吸器) 2. TPPV (気管切開による人工呼吸療法)												
人工呼吸器 (使用者のみ詳細記入) ※本疾患により装着している者に限る													
使用の有無	1. あり 2. なし												
<以下有の場合> 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	<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									
医療機関名	指定医番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
医療機関所在地	医師の氏名												
電話番号	_____												
記載年月日: 年 月 日													

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。