

6 パーキンソン病

P1

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
------	----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---

P2

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
	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

CT/MRIの日付は発症年月以降の所見を記載してください。

6 パーキンソン病②

C. 鑑別診断（新規申請時のみ記載）

P2

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

整合性がとれないことが多いです。
「曝露あり」では「いずれにも該当しない」に相当しますのでご注意ください。

■ <診断のカテゴリー>（新規時・更新時ともに記載必須）

P3

- 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
- 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
- いずれにも該当しない

P3

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	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善	<input type="checkbox"/> 2. 不変	<input type="checkbox"/> 3. 悪化

こちらも整合性がとれないことが多いです。
「なし」の場合は「Definite」にはなりません。
治療効果が「改善」ならば抗パーキンソン病薬の効果は「あり」となります。
また、記載年月日以前であれば薬効の検討はいつの時期でも構いません。

6 パーキンソン病③

判定日が記載年月日より6か月以上経過していることが散見されます。
記載年月日から直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。

P3

■ 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	<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