

正しい複写/スキャン

臨床調査個人票

☐ 新規 ☐ 更新

006 パーキンソン病

■ 行政記載欄

受給者番号		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								
住所								
生年月日	西暦		年		月		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		年		月			

1. 悪い複写/スキャン ー縮小ー

臨床調査個人票		☒ 新規 ☐ 更新							
097 潰瘍性大腸炎									
■ 行政記載欄									
受給者番号	4 9	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	2 5								
住所									
生年月日	西暦		年		月	2	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	0 8	年		月				

1803-0097-000-01

全体的に縮小して印刷してしまっている

2. 悪い複写/スキャン ー欠損ー

OCD01HK_0087_0500106

■ 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 年 月	
	MRI 撮影日	西暦 年 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	

1803-0006-000-02

↑
タイミングマークと帳票 ID
欠損

3. 悪い複写/スキャン ー傾斜ー

社会保障	
介護認定	☒ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし
要介護度	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
生活状況	
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☒ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☒ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☒ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない
痛み／不快感	☒ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	☒ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見

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		
構音障害	☒ 1. あり ☐ 2. なし	
嚥下障害	☐ 1. あり ☒ 2. なし	
四肢の腱反射	☒ 1. 正常 ☐ 2. 低下 ☐ 3. 亢進	
バビンスキー／チャドック徴候	☐ 1. 陽性 ☒ 2. 陰性	
他人の手徴候／把握反射 ／反射性ミオクローヌスのいずれか	☐ 1. あり ☒ 2. なし	
四肢の症状の顕著な非対称性	☐ 1. あり ☒ 2. なし	

4. 悪い複写/スキャン ー不鮮明ー

		097		
■ 行政機関等				
法人番号				国・都道府県
■ 基本情報				
姓（かな）				名（かな）
姓（漢字）				名（漢字）
郵便番号				
住所				
性別	☐ 男 ☐ 女			
出生市町村	東京都			
生年月日 （必要のある場合）	年（かな） 	月（かな） 	日（かな） 	日（漢字）
電話番号	☐ なし			
	区画 			
	FAX 			

5. 悪い複写/スキャン - 背景汚れ -

■ 診断基準に関する事項

A. 主観所見（更新時にも記載必須、いずれの時期でもよい）

1. パーキンソンニズムがある。 （(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		
☒ 音節連発抑制	☒ 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 年 月 日	
	MRI撮影日	西暦 年 月 日	
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ンニズム b. 薬物性パーキンソンニズム c. 多系統萎縮症	
2. パーキンソンニズムを起す薬物・毒物に曝露	☒ 1. 曝露なし ☐ 2. 曝露あり

6. 悪い複写/スキャン ー複写防止設定ー

■ 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. パーキンソン症がある。 （(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		
☒ 歯車球強剛	☒ 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 年 月	
	MRI撮影日	西暦 年 月	
2. 画像所見			
脳大 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ンニズム	b. 薬物性パーキンソンニズム	c. 多系統萎縮症
2. パーキンソンニズムを起こす薬物・毒物に曝露	☐ 1. 曝露なし	☐ 2. 曝露あり