

パーキンソン病の

症状変化 チェックシート

監修: 岩手医科大学医学部内科学講座 神経内科・老年科分野
教授 前田 哲也 先生

症状変化チェックシート

「た」など、前回受診時からの変化はありましたか?

記入日 年 月 日
あてはまる□にチェック(✓)を入れてください。

動作がのろくなった。
(思ったように動かない)



もともと無い
 とても増えた
 やや増えた
 かわらない
 やや減った
 とても減った

表情がとぼしくなった。



もともと無い
 とても増えた
 やや増えた
 かわらない
 やや減った
 とても減った

今までできていた趣味を
楽しむことができなくなった。



もともと無い
 とても増えた
 やや増えた
 かわらない
 やや減った
 とても減った

歩くスピードが遅くなった。



もともと無い
 とても増えた
 やや増えた
 かわらない
 やや減った
 とても減った

靴下をはくことが

もともと無い
 とても増えた
 やや増えた
 かわらない
 やや減った
 とても減った

体が勝手に動いて
生活しづらいことがある。



もともと無い
 とても増えた
 やや増えた
 かわらない
 やや減った
 とても減った

初めて体を動かすにくい。

もともと無い
 とても増えた
 やや増えた
 かわらない
 やや減った
 とても減った

パーキンソン病の症状変化チェックシート

記入日 年 月 日 お名前 _____

これらの症状が「増えた」「減った」など、前回受診時からの変化はありましたか？ あてはまる□にチェック(✓)マークを記入してください。

<p>じっとしている時、手足のふるえがある。</p>  <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> もともと無い<input type="checkbox"/> とても増えた<input type="checkbox"/> やや増えた<input type="checkbox"/> かわらない<input type="checkbox"/> やや減った<input type="checkbox"/> とても減った	<p>動作がのろくなった。(思ったように動かない)</p>  <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> もともと無い<input type="checkbox"/> とても増えた<input type="checkbox"/> やや増えた<input type="checkbox"/> かわらない<input type="checkbox"/> やや減った<input type="checkbox"/> とても減った	<p>表情がとぼしくなった。</p>  <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> もともと無い<input type="checkbox"/> とても増えた<input type="checkbox"/> やや増えた<input type="checkbox"/> かわらない<input type="checkbox"/> やや減った<input type="checkbox"/> とても減った
<p>着替え・ボタンかけ、靴下をはくことが思うようにできない。</p>  <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> もともと無い<input type="checkbox"/> とても増えた<input type="checkbox"/> やや増えた<input type="checkbox"/> かわらない<input type="checkbox"/> やや減った<input type="checkbox"/> とても減った	<p>歩くスピードが遅くなった。</p>  <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> もともと無い<input type="checkbox"/> とても増えた<input type="checkbox"/> やや増えた<input type="checkbox"/> かわらない<input type="checkbox"/> やや減った<input type="checkbox"/> とても減った	<p>今までできていた趣味を楽しむことができなくなった。</p>  <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> もともと無い<input type="checkbox"/> とても増えた<input type="checkbox"/> やや増えた<input type="checkbox"/> かわらない<input type="checkbox"/> やや減った<input type="checkbox"/> とても減った
<p>薬の効き目が切れる感じがある。</p>  <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> もともと無い<input type="checkbox"/> とても増えた<input type="checkbox"/> やや増えた<input type="checkbox"/> かわらない<input type="checkbox"/> やや減った<input type="checkbox"/> とても減った	<p>目が覚めたとき体を動かしにくい。</p>  <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> もともと無い<input type="checkbox"/> とても増えた<input type="checkbox"/> やや増えた<input type="checkbox"/> かわらない<input type="checkbox"/> やや減った<input type="checkbox"/> とても減った	<p>体が勝手に動いて生活しづらいことがある。</p>  <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> もともと無い<input type="checkbox"/> とても増えた<input type="checkbox"/> やや増えた<input type="checkbox"/> かわらない<input type="checkbox"/> やや減った<input type="checkbox"/> とても減った

医療機関名

