

パーキンソン病患者さんの

# 1週間日誌

～受診日の1週間前からつけましょう～

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

お名前

1日目

月 日( )



2日目



3日目



4日目



5日目



6日目



7日目



受診日

月 日( )



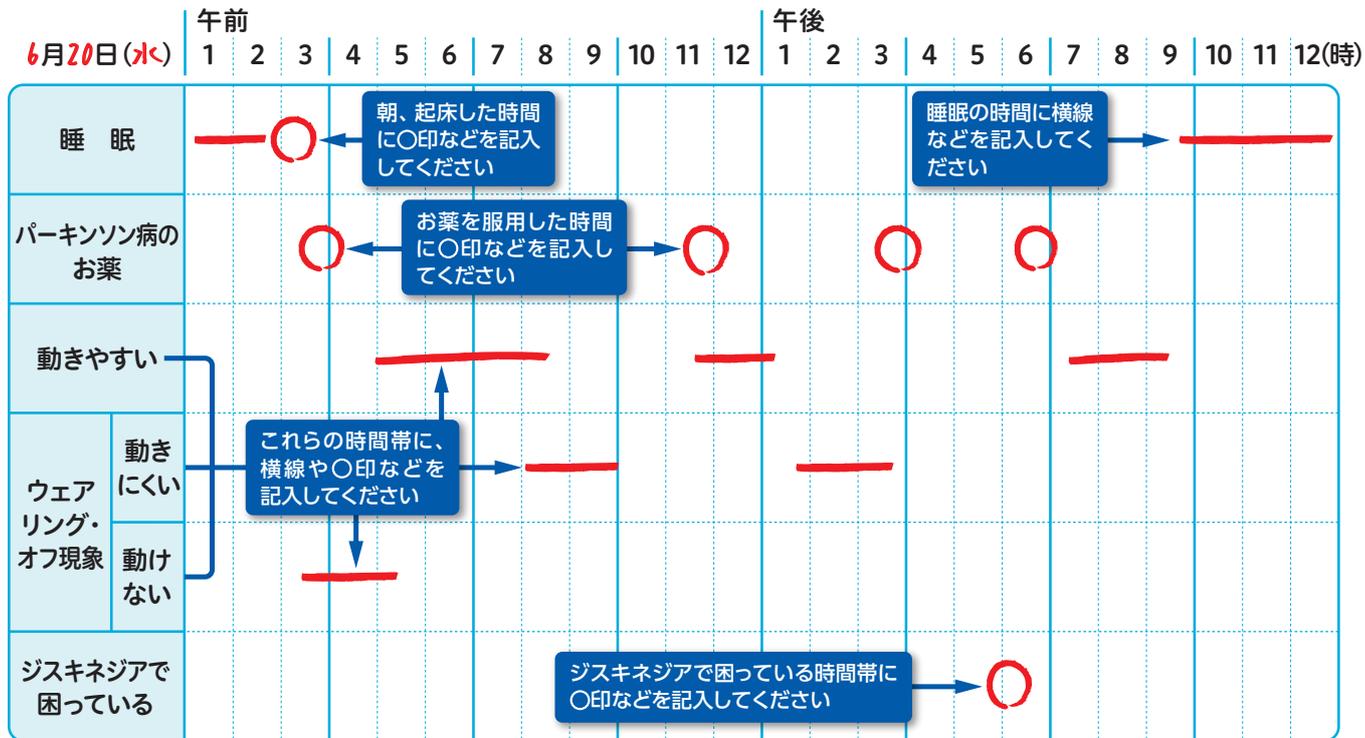
# 症状を記録しましょう

---

- パーキンソン病の症状は個人差が大きく、症状の変化や生じる頻度、程度について患者さん自身が正しく知ることが、適切な治療を受ける第一歩です。
- ご自宅での、症状の小さな変化や困ったことなど、受診前の1週間分を記録に残しておき、主治医に伝えるようにしましょう。



# 記入例



メモ(主治医へ相談したいことなどを自由に記載してください)

朝、起きたときに動けない















# パーキンソン病の症状変化チェックシート

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><b>じっとしている時、手足のふるえがある。</b></p>  <p> <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>	<p><b>動作がのろくなった。(思ったように動かない)</b></p>  <p> <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>	<p><b>表情がとぼしくなった。</b></p>  <p> <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>
<p><b>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。</b></p>  <p> <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>	<p><b>歩くスピードが遅くなった。</b></p>  <p> <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>	<p><b>今までできていた趣味を楽しむことができなくなった。</b></p>  <p> <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>
<p><b>薬の効き目が切れる感じがある。</b></p>  <p> <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>	<p><b>目が覚めたとき体を動かしにくい。</b></p>  <p> <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>	<p><b>体が勝手に動いて生活しづらいことがある。</b></p>  <p> <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>

医療機関名