

医師に相談するための 症状・お薬に関するチェックシート

治療日誌などを参考に、ご自身の症状を整理してみましょう。

気になることをがあれば、本チェックシートを使って医師に相談しましょう。

チェックシート下のボタンで、印刷するか、PDFとして保存するかお選びいただけます。

※チェック結果で疾患や治療法を確定するものではありません。

診断されてからの期間	<input type="text"/> 年		
パーキンソン病の治療で 処方されているお薬	<input type="text"/> 種類 <input type="text"/> お薬の名前		
レボドバ製剤を 処方されている場合、 1日に服薬している回数	<input type="checkbox"/> 3回以下	<input type="checkbox"/> 4回～5回	<input type="checkbox"/> 6回以上
現在出ている困った症状	<input type="checkbox"/> 体重減少	<input type="checkbox"/> 嘔吐障害	<input type="checkbox"/> 発汗過多
	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ
	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 過眠	<input type="checkbox"/> 体の痛み
	<input type="checkbox"/> その他	「その他」と回答した方は詳細を記入してください。 <input type="text"/>	
日中に起きている間に、 身体の動きが悪くなる (オフになる) 時間	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2時間未満	<input type="checkbox"/> 2時間以上 <input type="text"/> 「2時間以上」と回答した方は時間を記入してください。
オフのために 日常生活で困っていること	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
ジスキネジアの有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1時間未満	<input type="checkbox"/> 1時間以上 <input type="text"/> 「1時間以上」と回答した方は時間を記入してください。
ジスキネジアのために 日常生活で困っていること	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
現在困っていることが ありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今後の治療について、 医師に相談してみたい ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	