

<p>診断されてからの期間</p>	<input type="text"/> 年
<p>パーキンソン病の治療で処方されているお薬</p>	<input type="text"/> 種類 お薬の名前 <input type="text"/>
<p>レボドパ製剤を処方されている場合、1日に服薬している回数</p>	<input type="checkbox"/> 3回以下 <input type="checkbox"/> 4回～5回 <input type="checkbox"/> 6回以上
<p>現在出ている困った症状</p>	<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <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入力してください。 <input type="text"/>
<p>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</p>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 1～2時間 <input type="checkbox"/> 2時間を超える 2時間を超えると回答した方は時間を入力してください。 <input type="text"/> 時間
<p>オフのために日常生活で困っていること</p>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<p>ジスキネジアの有無</p>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 1時間以上 1時間以上と回答した方は時間を入力してください。 <input type="text"/> 時間
<p>ジスキネジアのために日常生活で困っていること</p>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<p>現在困っていることがありますか</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>今後の治療について、医師に相談してみたいですか</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ