

FAX

宮城病院パーキンソン病手術(審査)申込み用紙

入院の可否、および入院予定日は、後日電話などで御連絡申し上げます。

FAX: 0223-37-5055(地域医療連携室直通)

FAX: 0223-37-1318(医療相談室直通)

宛先 : 独立行政法人国立病院機構 宮城病院 神経内科 ・ 脳神経外科

下記項目の適合するものに丸印をつけ、下線に記入し、FAXにて申し込んでください

申し込み先 1. 神経内科経由 2. 脳神経外科直接

患者さんの希望

申し込み 年月日: _____ 年 月 日

1. 手術を希望して入院

施設名: _____

2. 手術の適応の判断を希望して入院

診療科: _____

3. 手術の説明を希望して外来受診

主治医: _____

連絡先: TEL: _____

FAX: _____

E-mail: _____

患者情報

ふりがな

1. 氏名: _____ 男 ・ 女

2. 受診歴: 有 ・ 無

3. 年齢: _____ 才 生年月日: T・S・H _____ 年 月 日

4. 住所: _____ 県 _____ (市・町・村)

5. 診 断: パーキンソン病 ・ 本態性振戦 ・ その他: _____

6. 発症年齢: _____ 歳 発症時期: _____ 年 罹病期間: _____ 年

7. CT・MRI 所見: 脳血管性病変 : 無・有(脳梗塞、脳出血、ラクネ、PVL)

皮質萎縮・脳萎縮 : 無・有(軽度、中等度、高度)

その他の病変 : 無・有: _____

8. 現在の薬物療

法: 現在の使用薬剤に○印をつけ、1日使用量を記入してください

ネドパストン・メシット: _____ mg/日 マドパー・ECドパール: _____ mg/日

パロデル: _____ mg/日 ベルマックス: _____ μg/日

カバサル: _____ mg/日 ビ・シフロール: _____ mg/日

ドミン: _____ mg/日 エフピー: _____ mg/日

アーテン: _____ mg/日 その他の抗コリン剤: _____ mg/日

シンメトレル: _____ mg/日 ドプス: _____ mg/日

エクセグラン: _____ mg/日 セロクエル: _____ mg/日

グラマリール: _____ mg/日 リスパダール: _____ mg/日

β阻害剤: 薬品名 _____ mg/日

クロナゼパム: 薬品名 _____ mg/日

9. 現在の状態

1) パーキンソン病として

Yahr分類(on時): I, II, III, IV, V

Yahr分類(off時): I, II, III, IV, V

振戦: 無・軽度・中等度・高度

固縮: 無・軽度・中等度・高度

無動: 無・軽度・中等度・高度

姿勢反射障害: 無・軽度・中等度・高度

精神症状・幻覚: 無・軽度・中等度・高度

DOPA induced dyskinesia: 無・軽度・中等度・高度

Wearing off: 無・有

on-off: 無・有

ADL: 自立・部分介助・全介助

認知症: 無・有(軽度・中等度・重度) (MMSE: _____ 点、長谷川式: _____ 点)

精神症状: 無・有(軽度・中等度・重度: 具体的な症状 _____)

2) 合併症・手術の危険因子について

高血圧: 無・有

糖尿病: 無・有

高脂血症: 無・有

不整脈: 無・有

心房細動: 無・有

狭心症: 無・有

心筋梗塞: 無・有

呼吸器疾患: _____

その他の疾患: _____