**チェック表**

**主治医の先生へ**

以下のリストにご記入の上、**紹介状に必ず同封して下さい。**

自治医科大学附属病院

脳神経外科　　中嶋　剛

記載日：　　　　年　　月　　日

患者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**いずれかに✓してください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MDS のパーキンソン病臨床診断基準によりパーキンソン病である | はい□ | いいえ□ |
| 40歳以上75歳以下 | はい□ | いいえ□ |
| 発症年齢が35歳以上 | はい□ | いいえ□ |
| L-ドパによる治療歴が5年以上 | はい□ | いいえ□ |
| Hoehn & Yahrの重症度がⅣ度（OFF 状態） | はい□ | いいえ□ |
| MDS-UPDRS-Ⅲのスコア合計が30～100点（OFF 状態） | はい□ | いいえ□ |
| L-ドパに対する反応が明らかで、MDS-UPDRS-Ⅲが16点以上改善 | はい□ | いいえ□ |
| MDS-UPDRS-Ⅳ 項目Bの合計スコアが4点以上 | はい□ | いいえ□ |
| 定位脳手術が可能 | はい□ | いいえ□ |
| 最低でも3週間の入院が可能 | はい□ | いいえ□ |
| 退院後に6ヶ月間外来通院が可能 | はい□ | いいえ□ |
| パーキンソン病治療薬を8週間以上変更していない | はい□ | いいえ□ |
| MRIの撮影が可能 | はい□ | いいえ□ |
| 患者本人から文書により同意を取得できる | はい□ | いいえ□ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 脳血管障害、抗精神病薬や毒物の暴露、脳炎、進行性核上性麻痺、小脳症状、錐体路徴候、自律神経徴候、認知症、幻覚・妄想、ラクナー梗塞、中脳被蓋部・橋の萎縮、小脳萎縮等の二次性、あるいは、非典型的パーキンソニズムである | はい□ | いいえ□ |
| 定位脳手術、MRガイド下集束超音波治療を実施済みである | はい□ | いいえ□ |
| Mini-Mental State Examination（MMSE）で20点以下 | はい□ | いいえ□ |
| 認知症と診断されている | はい□ | いいえ□ |
| 統合失調症、あるいは、情動障害の病歴がある | はい□ | いいえ□ |
| 脳血管障害等の明らかな心血管系疾患を有する | はい□ | いいえ□ |
| 中枢神経系の腫瘍性疾患、臨床的に明らかな神経疾患を有する | はい□ | いいえ□ |
| 悪性腫瘍を合併している、あるいは、5年以内に治療済み皮膚癌を除く悪性腫瘍の既往歴を有する | はい□ | いいえ□ |
| コントロール不良の高血圧を合併している | はい□ | いいえ□ |
| 血液凝固異常症、又は、抗血栓療法を必要としている | はい□ | いいえ□ |
| 免疫抑制剤（ステロイドを除く）の投与を必要としている | はい□ | いいえ□ |
| Geriatric Depression Scale - short form（GDS-S）が10点以上（但し、抗うつ薬を服薬中は5点以上） | はい□ | いいえ□ |
| 挙児を希望してる | はい□ | いいえ□ |
| 3年以内に痙攣発作の既往がある、脳波検査でてんかん性の異常を認める、抗てんかん薬を服薬している | はい□ | いいえ□ |
| ヒト胎児腎細胞293 及びウシ血清に過敏症の合併／既往歴を有する | はい□ | いいえ□ |
| 重篤な薬物アレルギーの既往を有する | はい□ | いいえ□ |
| 6ヶ月以内に他の治験、又は、介入を伴う臨床研究に参加している | はい□ | いいえ□ |
| 高度な腎障害患者（sCre＞2.0 mg/dL、かつ、BUN＞25 mg/dL） | はい□ | いいえ□ |
| 高度な肝障害（AST/GOT、ALT/GPTが基準値上限の2.5倍以上） | はい□ | いいえ□ |
| コントロール不良の糖尿病（随時、あるいは、食後血糖値＞200 mg/dL、かつ、HbA1c＞9%） | はい□ | いいえ□ |

2022/8/10　作成