

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( )



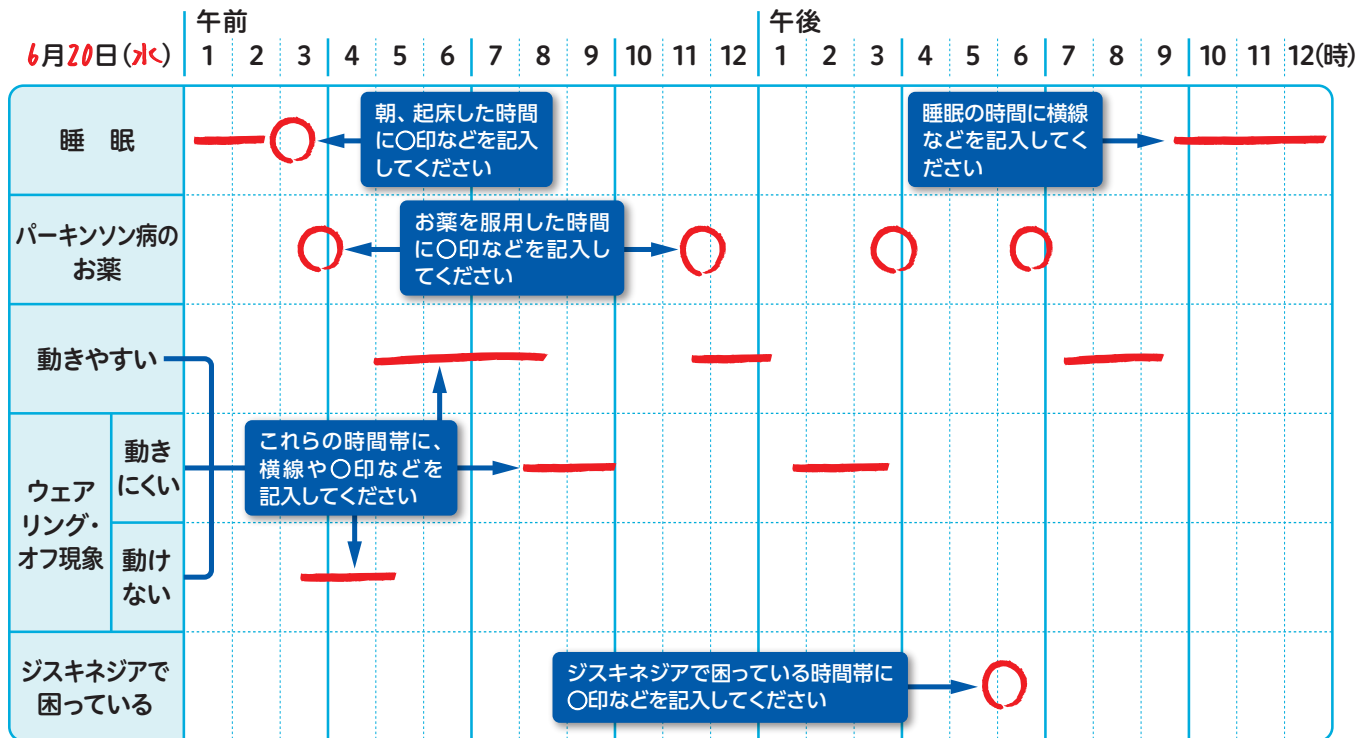
# 症状を記録しましょう

---

- 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

月 日( ) 午前 午後

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12(時)

|              |       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12(時) |
|--------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------|
| 睡眠           |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| パーキンソン病のお薬   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| 動きやすい        |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| ウェアリング・オフ現象  | 動きにくい |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
|              | 動けない  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| ジスキネジアで困っている |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |

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)

.....

月 日( ) 午前 午後

|              |       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12(時) |
|--------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------|
| 睡眠           |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| パーキンソン病のお薬   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| 動きやすい        |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| ウェアリング・オフ現象  | 動きにくい |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
|              | 動けない  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| ジスキネジアで困っている |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |

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)

---

月 日( ) 午前 午後  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12(時)

| 睡眠           |       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12(時) |
|--------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------|
| パーキンソン病のお薬   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| 動きやすい        |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| ウェアリング・オフ現象  | 動きにくい |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
|              | 動けない  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| ジスキネジアで困っている |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |

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)

.....

月 日 ( )

| 午前 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | 午後 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------|
| 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12(時) |

|              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 睡眠           |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| パーキンソン病のお薬   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 動きやすい        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ウェアリング・オフ現象  | 動きにくい |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 動けない  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ジスキネジアで困っている |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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)

---

月 日 ( ) 午前 午後

| 月 日 ( )      |       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12(時) |
|--------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------|
| 睡眠           |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| パーキンソン病のお薬   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| 動きやすい        |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| ウェアリング・オフ現象  | 動きにくい |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
|              | 動けない  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| ジスキネジアで困っている |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |

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)

.....
















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

医療機関名