

パーキンソン病関連症状アンケート

年 月 日

名前:

年齢: 歳

男 女

この1ヶ月間での症状の有無をチェック してください

1. 細かい作業が苦手になった はい いいえ
2. 手足が震えるようになった はい いいえ
3. 歩くのが遅くなってきた はい いいえ
4. つまづきやすくなった はい いいえ
5. 表情がとぼしくなった はい いいえ
6. 声が小さくなった はい いいえ
7. 字が小さくなった はい いいえ
8. においが分かりにくくなった はい いいえ
9. 不安や気分の落ち込みが強くなった はい いいえ
10. 意欲がなくなってきた はい いいえ
11. 夜眠れないことが多くなった はい いいえ
12. 日中に強い眠気を感じる様になった はい いいえ
13. 大きな寝言を言うようになった はい いいえ
14. 夜、足がむずむずして動かしたくなる はい いいえ
15. 何度もトイレに行くようになった はい いいえ
16. 便秘がひどくなった はい いいえ
17. 立ちくらみがする はい いいえ
18. 物忘れが多くなった はい いいえ
19. 物が二重に見える様になった はい いいえ
20. 目の錯覚や幻覚が気になる はい いいえ

