

札幌医大 使用欄	予約番号
	ID番号

札幌医科大学脳機能センター予約申込書

※下記の太枠の中をご記入の上、左上の番号あてに送信ください。FAXで回答いたします。パーキンソン病の場合には資料（脳深部刺激（DBS）適応例について）をご参照いただき除外項目を含まないことをご確認ください。初診の際にはT2*を含めたMRI画像、脳波を御持参していただくようお願いいたします。

申込日		年	月	日	(必要に応じ別紙に記載し、併せてFAX送信して下さい。)	
貴医療機関について	医療機関名・住所				電話番号	
					FAX番号	
	診療科・医師氏名					
	紹介事務担当者等	※担当者様の部署・氏名をご記入願います。				
患者様について	ふりがな	様 (男・女)	生年月日	明・大 昭・平	年	月 日
	患者様氏名					
	住 所					
	電話番号	(自宅連絡 可 ・ 不可)				
	自宅以外の連絡先電話番号 (携帯・勤務先等)					
	FAX 番号				職 業	
	予約日時の連絡方法	札幌医大からの予約日時決定の連絡(FAX)を受け、貴医療機関から患者様に連絡				
診療情報記入欄	紹介目的				札幌医大病院の受診歴 有 ・ 無	
	傷 病 名				貴院での通院・入院の別 通院中 ・ 入院中	
	既往歴及び家族歴	薬物アレルギー (有 ・ 無)				
	症状経過及び検査結果・治療経過				現在の処方	
	備考 (患者さまに関する留意事項)					
希望記入欄	注) 第1, 3週は脳外科医によるてんかん、脳腫瘍診察、第2, 4週は神経内科医によるパーキンソン病診察となります。					
	受診希望日 (申込当日の受診は予約できません。／予約状況によってはご希望に沿えぬ場合があります。) (第1希望) 月 日 (第2希望) 月 日 (第3希望) 月 日					
札幌医大使用欄		受付日		受診科		予約日時 月 日 () :

脳深部刺激（DBS）適応例について

水野美邦編集「パーキンソン病診療 Q&A 110」などを参考に作成

（以下のリストはチェック用のものであり、これらをすべて満たしていても、DBS 適応症例とされない可能性があります）

必須条件（すべてを満たさないと適応になりません）

- ☐ 患者が手術を希望していて、同意している介護者がいる
- ☐ 70 歳以下である
- ☐ パーキンソン病の診断が確実である
- ☐ 罹病期間が 7 年以上である。
- ☐ L-Dopa への反応性が良好（On 時の ADL が H&Y 2or 3）であるが、Wearing off がある（Off 時の ADL が H&Y 4or 5）。
- ☐ 知能が正常である（HDS-R 26 点以上）
- ☐ 十分な薬物コントロールが試みられた

除外項目（1 つでもある場合は適応になりません）

- ☐ 著明な脳萎縮や多発性虚血性病変
- ☐ アミロイド・アンギオパチー（T2＊MRI で要確認）
- ☐ 出血傾向
- ☐ 悪性腫瘍・重度の糖尿病・心臓・肝臓・腎臓疾患
- ☐ 精神症状（易怒性、幻視、幻覚、妄想など）
- ☐ ドパミン調節異常症候群（軽躁、病的賭博、性欲亢進など）
- ☐ 中等度以上の脳波異常（貴施設での施行をお願いします）