# Parkinson's Disease QOL for Device-Aided Therapy（PDQ-DAT）

治療機器によるパーキンソン病の治療を継続中の方へ、日常生活に関する質問です。
最近1ヶ月のご自分にあてはまる選択肢の番号に〇をつけてください。
１問ごとに，１つの番号を，必ず選択してください.

【A】生活活動に次のような問題がありますか

| | 全くない | ほとんどない | 多少ある | 時々ある | かなりある |
|---|---|---|---|---|---|
| A1　家の中で歩くことに支障がありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A2　着替えに支障がありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A3　外出先で歩くことに支障がありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A4　手作業（洗濯物をたたむなど）に支障がありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A5　しなくなった家事がありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A6　寝返りに支障がありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A7　社会の役に立つことが難しいですか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A8　趣味の活動に支障がありましたか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

A1-8合計/32×100

【A】
/100

【D】治療機器に関して次のような問題がありますか

| | 全くない | ほとんどない | 多少ある | 時々ある | かなりある |
|---|---|---|---|---|---|
| D1　治療機器のメンテナンスのことばかり考えていますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D2　治療機器に運命を握られていると感じますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D3　治療機器に操られている感じがしますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D4　治療機器の故障が不安ですか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D5　治療機器を外したいと思うことがありましたか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D6　治療機器が無意味だと感じることがありましたか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D7　治療機器を入れたことで対人関係が疎遠になることがありましたか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D8　治療機器を使用していることを後悔することがありましたか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

D1-8合計/32×100

【D】
/100

【P】 心理的に次のような問題がありますか

| | 全くない | ほとんどない | 多少ある | 時々ある | かなりある |
|---|---|---|---|---|---|
| P1　考える速さが遅いですか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P2　物の名前を思い出すことが難しいですか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P3　周囲から非難される行動をすることがありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P4　判断力に支障があると思いますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P5　ぼーっとすることがありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P6　止められてもやめられないものがありますか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P7　怒りっぽいですか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P8　自分の苦しみは周りに伝わりにくいですか | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

P1-8合計/32×100

【P】
/100

※実施病院スタッフ記入欄

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　対象者年齢＿＿＿＿＿歳　性別：男性・女性

ヤール重症度：ON時＿＿＿度・OFF時＿＿＿度　PEG-J開始＿＿＿ヶ月

Summary Index　　/100