

こちらは、アムシェプリ®患者紹介フォームの入力項目をご確認いただくための資料でございます。
入力項目が多数ございますので、あらかじめご回答内容をご準備いただいたうえで、患者紹介フォーム（Web）からご登録ください。

アムシェプリ®患者紹介フォーム <SAMPLE>

	必須項目
	準必須項目（「有」を選択した場合は入力必須「無」を選択した場合は入力不要）

入力日	
-----	--

紹介元施設情報

医療機関名		診療科	
医師名			
日本神経学会認定 神経内科専門医*	☐ はい ☐ いいえ	電話番号**	
返信用メールアドレス			
所在地	〒 -		

*本患者紹介フォームのお申込みは、日本神経学会認定神経内科専門医の先生方を対象としております。対象となる先生以外からのお申込みはお受けできませんので、あらかじめご了承ください。

**電話番号は、携帯電話番号ではなく、医療機関の固定電話番号をご入力ください。なお、本人確認および第三者によるなりすまし防止のため、入力内容についてお電話で確認させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

患者基本情報

イニシャル	姓	名	性別	☐ 男 ☐ 女	生年月	年	月
記入時年齢	歳		ヵ月				
受診可能エリア*	☐ 宮城県 ☐ 埼玉県 ☐ 東京都 ☐ 愛知県 ☐ 京都府 ☐ 大阪府						
同伴可能な家族/介護	☐ 有 ☐ 無						
者の有無及びその詳細	(入力例：妻、息子、介護者)						
住所							
市区町村まで							
健康保険等の種類	☐ 社会保険（協会健保・組合保険・共済保険・船員保険含む） ☐ 国民健康保険 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）						

*複数選択可能です。いずれかのエリアに長期間かつ定期的な通院が困難な患者さんは、誠に申し訳ございませんが紹介頂くことができません。

なお、2026年7月時点で京都府以外は開設準備中の製造販売後臨床試験実施施設の所在地情報であり、現時点で本フォームから患者さんをご紹介いただくことは可能ですが、各施設での患者さん受入れ開始時期は異なります。

受入れ開始予定時期は以下の通りですが、状況により変動する可能性があります。最新の情報はjRCTサイト（<https://jrct.mhlw.go.jp/latest-detail/jRCT2053260117>）をご参照ください。

宮城県（2026年12月）、埼玉県（2026年11月）、東京都（2026年11月）、愛知県（2026年12月）、大阪府（2026年10月）

適格性確認項目（選択項目）

適格性確認項目 赤枠部分に一つでも該当する場合、誠に申し訳ございませんが、今回の募集で応募することはできません。

今回の募集でのアムシェプリ®製造販売後臨床試験実施施設への受診予定時期に、年齢が18歳以上65歳以下の者 尚、本フォームよりお申し込みを頂いてから、治療施設のご案内可否のご連絡までに最大6ヵ月程度、治療施設の受 診までに最大12ヵ月程度を要する場合があります。	☐ はい ☐ いいえ	
MDSパーキンソン病の臨床診断基準（2015年）に基づき、パーキンソン病（臨床的確定例または臨床的ほぼ確定 例）と診断されている者（孤発性・遺伝性パーキンソン病を問わない）	☐ はい ☐ いいえ	
DATスキャンで、基底核領域でパーキンソン病に特徴的な低下パターンを認める者	☐ はい ☐ いいえ	
今回の募集でのアムシェプリ®製造販売後臨床試験実施施設への受診予定時期に、パーキンソン病の罹病期間が5年以 上の者	☐ はい ☐ いいえ	
既存の薬物治療ではパーキンソン病の運動症状のコントロールが十分に得られていない者	☐ はい ☐ いいえ	
MDS-UPDRS Part 3及び/又は症状日誌等からオンとオフの状態を有する者	☐ はい ☐ いいえ	
オフ時*のH&Y重症度がII度以上の者（※practically defined offではなく、日常のオフ状態での評価結果でも問題ご ざいませ。）	☐ はい ☐ いいえ	
オン時のH&Y重症度がIII度以下の者	☐ はい ☐ いいえ	
抗パーキンソン病薬休薬時のレボドパ反応性が30%以上である者	☐ はい ☐ いいえ	☐ 検査歴無
症状日誌の記載が可能である者	☐ はい ☐ いいえ	
抗パーキンソン病薬等の服薬コンプライアンスが良好である者	☐ はい ☐ いいえ	
本製品の移植前及び移植後2年以上の長期にわたり、規定された時期に、紹介先医療機関に頻回に受診・入院するこ とが可能な者、製造販売後臨床試験に参加可能な病状及び生活状態にある者 （女性のみ 男性は「はい」とお答えください）	☐ はい ☐ いいえ	
妊娠の可能性がない（外科的不妊、閉経後など）又は現在妊娠しておらず、日常的に性的禁欲を継続する、又は有効な 避妊法を使用する意思がある者	☐ はい ☐ いいえ	

こちらは、アムシェプリ®患者紹介フォームの入力項目をご確認いただくための資料でございます。
 入力項目が多数ございますので、あらかじめご回答内容をご準備いただいたうえで、患者紹介フォーム（Web）からご登録ください。

適格性確認項目
（除外項目）

医学的狀態				
頭部MRI又はMRAで、症候性の器質的病変が認められる者	☐	はい	☐	いいえ
免疫機能異常がある者	☐	はい	☐	いいえ
認知症を有する者、MMSEスコアが23点以下の者*又はMMSEが24点以上であるが認知症の疑いがあると判断される者	☐	はい	☐	いいえ
既存の薬物治療では、日常生活に支障のあるジスキネジアが持続する者	☐	はい	☐	いいえ
出血傾向又は凝固機能異常がある者、抗血栓作用を目的として抗血栓薬を服用中の者	☐	はい	☐	いいえ
タクロリムス又は併用薬剤（レボドパ、カルビドパ、MRI造影剤等）に対し、禁忌である者又は併用禁忌の薬剤を中止できない者	☐	はい	☐	いいえ
ラグネプロセル、タクロリムス、併用薬剤（レボドパ、カルビドパ、MRI造影剤等）又はその含有成分に対する過敏症を有する者	☐	はい	☐	いいえ
金属を含む医療機器（MRI適合性が確認された製品を除く）の植え込み又は留置、閉所恐怖症等の理由により、MRIや陽電子断層撮像法（PET）等の必要な画像検査を実施できない者 （※金属を含む医療機器の植え込み又は留置、閉所恐怖症等があったとしても、必要な画像検査を実施可能な場合は「いいえ」とお答えください。）	☐	はい	☐	いいえ
試験関連手順（麻酔薬、消毒薬等）又はラグネプロセルの製造に使用される成分（ウシ由来成分、ブタ由来成分、チャイニーズハムスター由来成分）にアレルギーを有する、過敏症を有する、又は過敏症の既往がある者（ただし、麻酔薬、消毒薬は代替品で対応可能な場合を除く）	☐	はい	☐	いいえ
以下のいずれかの合併症又は既往症を有する者 ・悪性新生物（ただし、同意取得前5年以内に治癒したと判断された者を除く） ・てんかん ・精神疾患（うつ病、双極症、統合失調症など）又は試験の適切な実施または評価を妨げる可能性のある類似の精神症状** ・その他、重篤な合併症（脳血管障害、心疾患、慢性呼吸器疾患、コントロール不良の高血圧及び糖尿病等）	☐	はい	☐	いいえ
☐				わからない
前治療/併用療法				
定位脳手術（淡蒼球切開術、視床手術）、DBS、デバイスを用いたレボドパ+カルビドパ若しくはホスレボドパ+ホスカルビドパ持続療法、又はMRガイド下収束超音波治療を、施行している、施行歴がある又は本製品の製造販売後臨床試験終了までに施行する予定がある者	☐	はい	☐	いいえ
細胞治療又は遺伝子治療を受けたことがある又は本製品の製造販売後臨床試験終了までに受ける予定がある者	☐	はい	☐	いいえ
免疫抑制剤、又はステロイドの全身投与を受けている又は本製品の製造販売後臨床試験終了までに受ける予定がある者	☐	はい	☐	いいえ
過去/現在の臨床試験への参加経歴				
非自己iPS細胞由来ドーパミン神経前駆細胞の移植を受けたことがある者	☐	はい	☐	いいえ
過去3ヵ月以内に他の治験薬（製造販売後臨床試験薬を含む）の投与、又は他の治験機器（製造販売後臨床試験機器を含む）の装着を受けていた者、記入日までに他の治験が終了していない者又は本製品の製造販売後臨床試験終了までに他の治験に参加する予定がある者	☐	はい	☐	いいえ
各種検査による評価				
記入日を基準として過去1年以内に実施したHBs抗原又、HBc抗体、HIV抗体、HTLV-1抗体、C型肝炎ウイルス（HCV-RNA）、梅毒〔非トレポネーマ脂質抗体（STS）及びトレポネーマ抗体（TPHA）〕検査のいずれかが陽性である者、その他結核菌などの活動性の感染症がある者***	☐	はい	☐	いいえ
記入日を基準として過去1年以内に実施した臨床検査の結果、下記のいずれかに該当する者 ・好中球< 2,000/ μ L ・血小板< 5.0 $\times$ 104/ μ L ・AST、ALT> 基準上限値の3.0倍 ・総ビリルビン> 基準上限値の1.5倍 ・eGFR < 60 mL/min/1.73 m2	☐	はい	☐	いいえ
その他の除外基準				
妊娠中または授乳中の者	☐	はい	☐	いいえ

* MMSEの検査時期とスコアを「認知機能」欄にご記入ください。MMSE以外の認知機能検査実施歴がある場合、検査時期とスコアについて「認知機能」欄にご記入ください。

** 精神疾患の診断がある患者は対象外です。精神症状が認められる場合、詳細を「精神症状」欄にご記入ください。

***各種抗原、抗体、RNA検査の検査法は問いません。

こちらは、アムシェプリ®患者紹介フォームの入力項目をご確認いただくための資料でございます。

入力項目が多数ございますので、あらかじめご回答内容をご準備いただいたうえで、患者紹介フォーム（Web）からご登録ください。

	必須項目		任意項目
	準必須項目（各種症状、検査実施歴について「有」を選択した場合は必須、「無」を選択した場合は不要。薬剤情報、臨床検査は別途データを添付しない場合に必須。）		

現病歴・家族歴

パーキンソン病の発症年月	年	月	パーキンソン病の初発症状	
パーキンソン病の診断年月	年	月		
Wearing offの発症時期	年	月		
パーキンソン病の現在までの症状及びその程度の変遷（発症時から可能な限り記載）				
パーキンソン病の原因遺伝子検査の実施有無*	☐ 有	☐ 無		
検査した遺伝子の種類*	（ ）			
変異が認められた遺伝子の種類*	（ ）			
パーキンソン病の家族歴の有無	☐ 有	☐ 無		

*遺伝子検査情報についてご提供いただける方のみご記入ください。

既往歴・合併症

疾患名		発症時期	年	月
治療状況	☐ 完治（ ）年頃	☐ 治療中	☐ 未治療、経過観察のみ	
	☐ その他（ ）			
+	適宜追加			

薬剤情報

パーキンソン病に対する薬物治療の変遷（治療開始から現在までに使用した薬剤の種類と投与量、1日投与回数について、開始・追加・増量時期と共に可能な限り記載）				
現在使用中の抗血栓薬の有無	☐ 有	☐ 無		
使用している抗血栓薬の種類				
抗パーキンソン病薬以外に現在使用中の薬剤の種類**				
*紹介元以外の医療機関から処方された薬剤も含みます。			☐ おくすり手帳データ添付	
**お薬手帳の写しを添付頂くことも問題ございません。				

H&Y重症度分類

H&Y重症度分類	度		H&Y重症度分類	度	
Best ON時			Worst OFF時		
エピソード	オフ時に一人で容易にトイレに行くことができる ☐ はい ☐ いいえ				
	オン時に一人で外出することができる ☐ はい ☐ いいえ				
	オン時に家の中であれば一人で動作を行うことができる ☐ はい ☐ いいえ				
	オフ時に家の中であれば一人で動作を行うことができる ☐ はい ☐ いいえ				
その他					

ジスキネジア・ジストニア

ジスキネジアの有無	☐ 有	☐ 無	ジスキネジアの発症時期	年	月
ジスキネジア	☐ オン時	☐ オフ時	☐ 両方		
ジスキネジアの種類	☐ Peak-dose	☐ Diphasic	☐ Brittle	☐ 明確でない（mixed/unclassifiable）	☐ その他（ ）
ジスキネジアの重症度	1度：ごく軽度。自発的な動きの妨げとならない。2度：自発的な動きの妨げとなるが、動作を遂行することとはできる。3度：自発的な動きの妨げとなり、動作が制限される。4度：非常に強いジスキネジア。動作を完了することができない。			オン時	度
1日当たりのオン時	時間			1日当たりのオフ時	時間
ジスキネジア発現時間				ジスキネジア発現時間	
1日当たりの日常生活に支障のあるオン時のジスキネジア発現時間	時間				
ジストニアの有無	☐ 有	☐ 無	ジストニアの発症時期	年	月
ジストニア	☐ オン時	☐ オフ時	☐ 両方		
発現タイミング					
有痛性である	オン時	☐ はい	☐ いいえ	オフ時	☐ はい ☐ いいえ
1日当たりオン時	時間			1日当たりオフ時	時間

こちらは、アムシェプリ®患者紹介フォームの入力項目をご確認いただくための資料でございます。
入力項目が多数ございますので、あらかじめご回答内容をご準備いただいたうえで、患者紹介フォーム（Web）からご登録ください。

	必須項目		任意項目
	準必須項目（各種症状、検査実施歴について「有」を選択した場合は必須、「無」を選択した場合は不要。併用薬、臨床検査は別途データを添付しない場合に必須。）		

姿勢保持障害	姿勢保持障害の有無	☐ 有 ☐ 無	姿勢保持障害の重症度*	☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	姿勢異常の有無	☐ 有 ☐ 無	姿勢異常の重症度*	☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	症状*	☐ 加齢では説明のつかない前傾姿勢 ☐ 体幹の傾き ☐ 首下がり症候群 ☐ 繰り返す転倒 ☐ その他（ ）		

*「姿勢保持障害/姿勢異常の有無」が「有」の方のみご記入ください。

精神症状	過去の精神症状の有無	☐ 有 ☐ 無	
	過去発症した精神症状の種類	☐ 抑うつ、不安 ☐ 幻覚 ☐ ドパミン調節障害症候群（DDS） ☐ 衝動制御障害（ICD） ☐ その他（ ）	
	過去発症した精神症状の発症時期、内容及び治療状況		
	現在の精神症状の有無	☐ 有 ☐ 無	
	現在の精神症状の種類	☐ 抑うつ、不安 ☐ 幻覚 ☐ ドパミン調節障害症候群（DDS） ☐ 衝動制御障害（ICD） ☐ その他（ ）	
	現在の精神症状の発症時期、内容及び治療状況（発症時から可能な限り記載）		
	これまでの精神症状に関連して生じた、ギャンブルや性行動等のトラブルの有無とその内容	☐ 有 ☐ 無	

DATスキャン	検査時期	年 月 頃	
	SBRの低下**	右 ☐ 認められる ☐ 認められない（正常範囲内である） ☐ 不明 SBR値（右）	
		左 ☐ 認められる ☐ 認められない（正常範囲内である） ☐ 不明 SBR値（左）	

*複数回評価経験がある場合、最新の評価についてご記入ください。

臨床検査	検査時期	年 月 頃	血清クレアチニン（mg/dL）	eGFR**	
	好中球（cells/ μ L）	血小板（cells/ μ L）	AST（U/L）	ALT（U/L）	
	総ビリルビン（mg/dL）				☐ 臨床検査データ添付

*記入日を基準として過去1年以内に実施した検査結果をご入力ください。血清クレアチニン以外は検査結果の写しのご提出でも結構です。

eGFR（mL/min/1.73 m²）=194×Cr^{-1.094}×〔年齢（歳）〕^{-0.287}（女性の場合0.739をかける）

認知機能	Mini-Mental State Examination（MMSE）	検査時期	年 月	スコア	点	
	その他認知機能検査の検査歴の有無	☐ 有 ☐ 無				
	Montreal Cognitive Assessment（MoCA）**	検査時期	年 月	スコア	点	
	Frontal Assessment Battery（FAB）**	検査時期	年 月	スコア	点	
	Hasegawa Dementia Scale - Revised（HDS-R）**	検査時期	年 月	スコア	点	
	SCales for Outcomes in Parkinson's disease-Cognition（SCOPA-COG）**	検査時期	年 月	スコア	点	
	Parkinson's Disease-Cognitive Rating Scale（PD-CRS）**	検査時期	年 月	スコア	点	
	Parkinson Disease Cognitive Functional Rating Scale（PD-CFRS）**	検査時期	年 月	スコア	点	
	その他**	検査名	（ ）	検査時期	年 月	スコア

*同一の検査に対して複数回実施歴がある場合、最新の検査時期及びスコアをご記入ください。

**検査歴がある場合のみご記入ください。

レボドパ反応性検査	レボドパ反応性検査の実施経験の有無	☐ 有 ☐ 無		
	レボドパ反応性検査の種類	☐ 抗パーキンソン病薬休業状態での評価 ☐ 日常のオフ状態での評価 ☐ その他（ ）		
	検査時期*	年 月 頃	反応性	%

*複数回評価経験がある場合、最新の評価についてご記入ください。

こちらは、アムシェプリ®患者紹介フォームの入力項目をご確認いただくための資料でございます。

入力項目が多数ございますので、あらかじめご回答内容をご準備いただいたうえで、患者紹介フォーム（Web）からご登録ください。

MDS-UPDRS Part 3

	必須項目
	準必須項目（「MDS-UPDRS Part 3（オフ時）評価経験の有無」で「有」を選択した場合は実施時期、各サブスコア及び合計スコアの記入必須。 「無」を選択した場合は、合計スコア推測値の記入必須）

MDS-UPDRS Part 3（オフ時）評価経験の有無				☐ 有 ☐ 無	
評価経験有の場合、↓の項目を入力					
評価実施時期		年	月	評価実施時期*	
Part3（オン時）合計スコア			点	Part3（オフ時）合計スコア*	
Part3（オン時）サブスコア		Part3（オフ時）サブスコア*			
言語			点	言語	
顔の表情			点	顔の表情	
筋強剛	頭部		点	筋強剛	頭部
	右上肢		点		右上肢
	左上肢		点		左上肢
	右下肢		点		右下肢
	左下肢		点		左下肢
指タッピング	右		点	指タッピング	右
	左		点		左
手の運動	右		点	手の運動	右
	左		点		左
手の回内・回外運動	右		点	手の回内・回外運動	右
	左		点		左
つま先タッピング	右		点	つま先タッピング	右
	左		点		左
下肢の敏捷性	右		点	下肢の敏捷性	右
	左		点		左
椅子からの立ち上がり			点	椅子からの立ち上がり	
歩行			点	歩行	
歩行のすくみ			点	歩行のすくみ	
姿勢の安定性			点	姿勢の安定性	
姿勢			点	姿勢	
動作の全般的な自発性（身体の動作緩慢）			点	動作の全般的な自発性（身体の動作緩慢）	
手の姿勢時振戦	右		点	手の姿勢時振戦	右
	左		点		左
手の運動時振戦	右		点	手の運動時振戦	右
	左		点		左
静止時振戦の振幅	右上肢		点	静止時振戦の振幅	右上肢
	左上肢		点		左上肢
	右下肢		点		右下肢
	左下肢		点		左下肢
	口唇/下顎		点		口唇/下顎
静止時振戦の持続性			点	静止時振戦の持続性	
評価経験無の場合、↓の項目を入力					
Part3（オフ時）合計スコア推測値**					点台

*評価経験が「有」の場合のみご記入ください。複数回評価経験がある場合、最新の評価実施時期、スコアをご入力ください。オフ時の評価はpractically defined offではなく、日常のオフ状態での評価結果でも問題ございません。

**評価経験が「無」の場合、見立てで何点台か、10点刻みでご入力ください。オフ時の評価はpractically defined offではなく、日常のオフ状態での評価結果でも問題ございません。

なお、MDS-UPDRSの臨床使用（Routine Patient Care）にあたっては、Permission Request Form（https://mds.movementdisorders.org/publications/rating_scales/request_form.php）からMDSへの利用申請（無料）が必要です。

こちらは、アムシェプリ®患者紹介フォームの入力項目をご確認いただくための資料でございます。
入力項目が多数ございますので、あらかじめご回答内容をご準備いただいたうえで、患者紹介フォーム（Web）からご登録ください。

※必要添付資料のご提出前に、以下について対応済みであることをご確認ください。

患者さんの同意取得文書を除き、提出する資料に患者さんのお名前等の個人情報が記載されていないこと、適切にマスキングされていること

必ず添付いただく資料：

- 本フォームに入力された診療情報が、委員会及び委員会の運営を支援する事務局に提供されることに対する患者さん記名済の同意取得文書
- MRI画像(1年以内に撮像したもの)
- DATスキャンの画像(実施時期は問いません)
- MIBGシンチグラフィの画像(実施時期は問いません)

その他患者紹介フォームへの入力に代えて添付いただく資料：

- お薬手帳の写し
- 臨床検査結果の写し