

PD

Family/Subject id n. _____ - 21 -

Review of Systems

(0 = no 1 = yes .u = don't know)

Masking	___ (If yes, specify) _____)
Seborrhea	___ (If yes, specify) _____)
Diplopia	___ (If yes, specify) _____)
Dysphagia	___ (If yes, specify) _____)
Sialorrhea	___ (If yes, specify) _____)
Dysarthria/hypophonia	___ (if yes, specify) _____)
Reduced dexterity	___ (If yes, specify) _____)
Micrographia	___ (If yes, specify) _____)
Low chair/turn in bed	___ (If yes, specify) _____)
Generalized slowness	___ (If yes, specify) _____)
Tremor	___ (If yes, specify) _____)
Rigidity	___ (If yes, specify) _____)
Stooped	___ (If yes, specify) _____)
Gait d. (incl. shuffling/freezing)	___ (If yes, specify) _____)
Falls	___ (If yes, specify) _____)
Urinary incontinence	___ (If yes, specify) _____)
Fecal incontinence	___ (If yes, specify) _____)
Orthostatism	___ (If yes, specify) _____)
Anhidrosis	___ (If yes, specify) _____)
Cognitive impairment	___ (If yes, specify) _____)
Psychosis	___ (If yes, specify) _____)
Depression	___ (If yes, specify) _____)
Sleep disturbance	___ (If yes, specify) _____)
L-DOPA/dopaminergics (ever)	___ (If yes, specify) _____)

Past Medical History

Encephalitis/meningitis	___ (If yes, specify) _____)
Neuroleptic exposure	___ (If yes, specify) _____)

Dyskinesias
Hallucinations
N/V

REM sleep