

## 診 断 書

(高知県公安委員会提出用)

1	氏 名	男・女
	生年月日 M・T・S・H	年 月 日生 ( 歳)
	住 所	
2	医学的判断	
	病 名	(※該当する病名の番号を○で囲んで下さい。)
	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他の認知症 ( ) <input type="checkbox"/> 認知症ではないが認知機能の低下が見られ、今後認知症となるおそれがある(軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等)  ※今後、症状を確認すべき時期について、ご意見があれば記入して下さい。  <input type="checkbox"/> 認知症ではない	
	総合所見(現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往歴・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失行、失認、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。)	

3 身体・精神の状態に関する検査結果（実施した検査にチェックして結果を記載）

ア 認知機能検査、心理学的検査

MMSE  HDS-R  その他（実施検査名 \_\_\_\_\_）

未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

イ 臨床検査

未実施（未実施の場合チェックし、理由を記載）

検査不能（検査不能の場合チェックし、理由を記載）

ウ その他の検査（CT検査等）

4 現時点での病状（改善見込み等についての意見）

※前頁2⑤に該当する場合（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）のみ記載

ア 認知症について6月以内〔または6月より短期間（ \_\_\_\_カ月間）〕に回復する見込みがある。

イ 認知症について6月以内に回復する見込みがない。

ウ 認知症について回復の見込みがない。

5 その他参考事項

専門医・主治医として以上のとおり診断します。

年 月 日

病院または診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師名