

診 断 書

(沖縄県公安委員会提出用)

1 患 者

氏 名

性別 男・女

生年月日

年 月 日 ( 歳)

住 所

2 診断

① アルツハイマー型認知症

② レビー小体型認知症

③ 血管性認知症

④ 前頭側頭型認知症

⑤ その他の認知症 ( )

⑥ 認知症ではないが認知機能の低下がみられ、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みられる・境界状態にある・認知症の疑いがある等)

⑦ 認知症ではない

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症・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。)

認知症関係

<p>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）</p> <p><input type="checkbox"/> 認知機能検査・神経心理学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> MMSE（結果：___） <input type="checkbox"/> HDS-R（結果：___） <input type="checkbox"/> その他（実施検査名_____）</p> <p><input type="checkbox"/> 未実施（未実施の場合にチェックし、その理由を記載）</p> <p><input type="checkbox"/> 検査不能（検査不能の場合にチェックし、その理由を記載）</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床検査（画像検査を含む）</p> <p><input type="checkbox"/> 未実施（未実施の場合にチェックし、その理由を記載）</p> <p><input type="checkbox"/> 検査不能（検査不能の場合にチェックし、その理由を記載）</p> <p><input type="checkbox"/> その他の検査</p>
<p>4 現時点での病状（改善の見込み等についての意見）</p> <p>※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</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 認知症について6月以内〔または6月より短期間（___ヶ月）〕に回復する見込みがある。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 認知症について回復する見込みがない。</p>
<p>5 その他特記すべき事項</p>

専門医・主治医として以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所等の名称・所在地・連絡先

担当診療科名

担当医師

印

※A4版表裏印刷で使用。A4版2枚の場合は要割印。A3版1枚印刷も可。