

## 診 断 書

<p>1 氏名</p> <p style="text-align: right;">男・女</p> <p>生年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日生 ( 歳)</p> <p>住所</p>
<p>2 医学的判断</p> <p>病名</p> <ul style="list-style-type: none"><li>① アルツハイマー型認知症</li><li>② レビー小体型認知症</li><li>③ 血管性認知症</li><li>④ 前頭側頭型認知症</li><li>⑤ その他の認知症 ( )</li><li>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認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等)</li><li>⑦ 認知症ではない</li></ul> <p>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。)</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）

認知機能検査・神経心理学的検査

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）

臨床検査（画像検査を含む）

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）

その他の検査

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

- (1) 認知症について6月以内〔または6月より短期間（      ヶ月間）〕に回復する見込みがある。
- (2) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。
- (3) 認知症について回復の見込みがない。

5 その他参考事項

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（電話番号）

担当診療科名

担当医師氏名