

診 断 書

(兵庫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. 診断 (診断日 年 月 日現在)

認知症である。

アルツハイマー型認知症

レビー小体型認知症

血管性認知症

前頭側頭型認知症

その他の認知症 ()

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)

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。)

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 (検査実施日 年 月 日)

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) (検査実施日 年 月 日)

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 (検査実施日 年 月 日)

4. 現時点での病状 (改善見込み等についての意見)

※ 前項2□その他の認知症に該当する場合 (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

病院または診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

上記の診断は 年 月 日現在の所見に基づく診断である。

※ A4版表裏印刷で使用。A4版2枚の場合は割印。A3版1枚印刷も可。