診　断　書

フリガナ		男・女	明治 大正 昭和	年　　月　　日生 （　　歳）
氏　　名				
住　　所	〒　　－	電話	－	

1．診断　　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
　　その他（　　）

2．臨床確定診断日　　年　　月　　日

3．初診日　　年　　月　　日　（推定発病時期　　年　　月頃）

4．認知症高齢者の日常生活　　Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ
　自立度判定基準

5．介護保険主治医意見書記載　　有　　無

6．今後の改善の可能性　　有　　無

7．診断における検査実施　　有　　無
　（無の場合、理由をお書きください）

　（有の場合、記入をお願いします）媒体
　ＨＤＳ－Ｒ　　点（実施日　　年　　月　　日）
　ＭＭＳＥ　　点（実施日　　年　　月　　日）

8．画像診断実施　　未　　済（実施日　　年　　月　　日）
　（所見：　　）

9．その他の検査結果の概要

以上のとおり、診断します。

年　　月　　日

医療機関名
所在地
電話番号／ＦＡＸ番号
担当医師名　　印