

診 断 書

| | | |
|---|------|---|
| 1 | 氏 名 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日生 (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 (ピック病) |
| | 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認められる・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、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
 - 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か月以内〔又は6か月より短期間（ か月間）〕に回復する見込みがある。
- (2) 認知症について6か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