

診 断 書 (岩手県公安委員会提出用)

1	氏名	男・女
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	
2	医学的判断	
	○ 病名 (該当する番号を○で囲む。)	
	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)	
	⑦ 認知症ではない	
	○ 総合所見 (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。)	
	認知症の重症度 _____	

※ A 4両面印刷で使用。A 4片面印刷2枚の場合は要割印。A 3片面1枚印刷も可。

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、心理学的検査

MMSE HDS-R その他（ ）

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）

※ 前項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

ア 認知症について6月以内〔又は6月より短期間（ カ月間）〕に回復する見込みがある。

イ 認知症について6月以内に回復する見込みがない。

ウ 認知症について回復の見込みがない。

5 その他特記すべき事項

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印