

診 断 書

(佐賀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 (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
- 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、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

☐ 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

前項「2. 診断」が「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。」となった場合には、1年以内の定期的な経過観察が必要になります。次回の検査時期について教示願います。

次回の検査時期（6月後・1年後）

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

担当医氏名

*A4版表裏印刷で使用。A4版2枚の場合は要割印。A3版1枚印刷も可