（認知症関係）

　　　　　　診 断 書　（熊本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  　　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    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（ＣＴ検査等） |
| 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  (1)　認知症について６月以内［または６月より短期間（　　ｹ月間）］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。 　　　　　　　　令和　　年　　月　　日**

**病院名または診療所の名称・所在地**

**担当診療科名**

**担当医師氏名**

※　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。