

診 断 書

(大分県公安委員会提出用)

1 氏名	男・女
生年月日	T・S・H 年 月 日生 (歳)
住所	
2 医学的判断	
(1) 病名	
① アルツハイマー型認知症	
② 血管性認知症	
③ 前頭側頭型認知症	
④ レビー小体型認知症	
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	
(2) 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（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）に該当する場合のみ記載

(1) 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。

(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。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名