診　断　書　　　（愛媛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　診断  ⑴　アルツハイマー型認知症  ⑵　レビー小体型認知症  ⑶　血管性認知症  ⑷　前頭側頭型認知症  ⑸　その他の認知症（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※　上記⑸の場合は、４現時点での病状について該当するものを〇で囲んでください。  ⑹　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）  ⑺　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）  〇　認知機能検査・神経心理学的検査　※　施行した検査にチェックし、結果等を記載してください。  □　ＭＭＳＥ （点数：点）（検査日：　　　　月　　　　日）  □　ＨＤＳ－Ｒ（点数：点）（検査日：　　　　月　　　　日）  □　その他（実施検査名：　　　　 　　　　　　　　　）（検査日：　　　　月　　　　日）  　　（検査結果等）  □　未実施 　　□　検査不能　※　未実施又は検査不能の場合チェックし、理由を記載してください。  　　（理由）  〇　臨床検査（画像検査を含む）　※　施行した検査にチェックし、結果等を記載してください。  □　ＣＴ　　□　ＭＲＩ　　□　ＭＲＡ　　□　ＳＰＥＣＴ  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）（検査日：　　　　月　　　　日）  　　（検査結果等）  □　未実施 　　□　検査不能　※　未実施又は検査不能の場合チェックし、理由を記載してください。  　　（理由）  〇　その他の検査　※　その他の検査を実施した場合、検査名及び検査結果を記載してください。 |
| **＊　前頁２⑸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）のみ下の４に記載**  ４　現時点での病状（改善見込み等についての意見）  ⑴　認知症について６か月（　　　か月）以内に回復する見込みがある。  ※　６か月より短い期間で診断できる見込みがある場合は、（　）内に１～５の整数を記載してください。  ⑵　認知症について６か月以内に回復する見込みがない。  ⑶　認知症について回復の見込みがない。 |
| ５．その他参考事項 |

専門医・主治医として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

担当医師名