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   * 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 |
| **＊　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）   1. 認知症について６か月以内[又は６か月より短期間（　　　か月）]に回復する見込みがある。 2. 認知症について６か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 |

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