診　断　書

（表）　　（神奈川県公安委員会提出用）

1　**氏名**　　**男・女**

生年月日

Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　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

※　**該当する診断名の番号に「○印」を付けてください。**

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か月以内[または６か月より短期間（Ｘ　　か月間）]に回復する見込みがある。　**（Ｘは１・２・３・４・５か月から選択）**

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。

※　選択する場合は、番号に「○印」を付けてください。

5　その他参考事項

以上のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

病院または診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医氏名

診断書記載ガイドライン（Ｂ－19用）

（神奈川県公安委員会提出用）

1　氏名　　男・女

生年月日

Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日　（　　歳）

住所

2　診断

- **認知症とは、介護保険法第5条の2に規定する認知症をいう。**

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

該当する診断名の番号を○で囲む

- **⑥を選択した場合、原則として6か月後に臨時適性検査等を行うこととされている。**

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。）

- **どのような日常生活上の変化がいつ頃からみられたか。**
- **本診断書作成時の状態**
- **認知症の重症度（Clinical Dementia Rating(CDR)、Functional Assessment Staging(FAST)）など、あるいは、必ずしも重症度の基準ではないが、認知症高齢者の日常生活自立度を記載。**
- **同居・独居の有無、介護者の有無など**
- **記憶障害はその内容と程度を記載**
- **見当識障害はその内容と程度を記載**
- **注意障害はその内容と程度を記載**
- **失語があればその内容を記載**
- **失行があればその内容を記載**
- **失認があればその内容を記載**
- **実行機能障害があればその内容と程度を記載**
- **視空間認知の障害があればその内容と程度を記載**
- **人格・感情の障害等があればその内容と程度を記載**

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、臨床検査（画像検査を含む）は原則として全て行う**

☐ 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）

- **診断時に行われた認知機能検査（MMSE,HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール）等）の該当するものをチェックし、結果を記載**
- **未実施・検査不能の場合にはその理由を記載（本人が拒否など）**

☐ 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）

- **認知症の診断と関連する臨床検査結果（頭部CT、MRI、SPECT、PET等の画像検査、あるいは特記すべき血液生化学検査、脳脊髄液検査など）を記載**

☐ その他の検査

- **上記以外の検査結果（MIBG心筋シンチグラフィー等）を記載**

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か月以内［または6か月より短期間（　　か月間）］に回復する見込みがある。

- **(1)を〇で囲んだ場合には、括弧内に当該期間（1か月～5か月）を記載する。**

(2)　認知症については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。

該当する番号を〇で囲む

5　その他参考事項

4　再診断の場合で前回(1)と診断し、再度(1)の診断をする場合には、2の診断の所見欄に前回の見込みが異なった理由を具体的に記載する。理由の記載がない場合、または合理的な理由がない場合には(2)または(3)として扱われる可能性がある。

以上のとおり診断します。　　令和　　年　　月　　日

病院または診療所の名称・所在地

認知症疾患医療センターに指定されている機関である場合にはその旨についても記載する。

担当診療科名

担当医氏名

日本認知症学会、老年精神医学会等の学会認定専門医である場合にはその旨を記載する。