

# 診 断 書

(宮崎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 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、現症状、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

☐ M M S E

☐ H D S - 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 2 ⑤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 ヶ月以内【または 6 ヶ月より短期間（      ヶ月間）】に回復する見込みがある。

(2) 認知症について 6 ヶ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

**※運転の可否判断は公安委員会が行います。医学的観点から回答して下さい。**

専門医・主治医として以上のとおり診断します。      令和      年      月      日  
病院又は診療所の名称・所在地（電話番号）

担当診療科名

担当医師氏名