

## 診 断 書

(長崎県公安委員会提出用)

## 1 氏名

長崎 太郎

男・女

生年月日

S・H 25年1月1日(××歳)

住所

長崎市尾上町1-1

## 2 医学的判断(該当する項目を○で囲んでください。)

- 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。

ア 認知症である。

診断名が判明する場合(該当する診断名に☑してください。)

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | アルツハイマー型認知症 |
| <input type="checkbox"/> | レビー小体型認知症   |
| <input type="checkbox"/> | 血管性認知症      |
| <input type="checkbox"/> | 前頭側頭型認知症    |

イ 上記ア以外、その他の認知症( )である。

ウ 認知症ではないが認知機能の低下が見られ、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)

- ウを選択した場合、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。

エ 認知症ではない。

## 認知機能障害等の状態(症状があるものに☑してください。)

□記憶障害

□物忘れ □同じ事を何度も言う

□その他( )

□実行機能障害(生活障害)

□買い物ができない □着衣の異常

□入浴ができない □料理ができない

□その他( )

□行動障害

□暴力行為 □徘徊 □不潔行為

□その他( )

□視空間の認知障害(立方体・時計描写)

□見当識障害

□日付の誤認 □道がわからなくなる

□その他( )

□理解・判断力の低下

□交通違反・事故(自損含む)、万引き

□その他( )

□精神障害

□妄想(物盗られ・被害) □怒りっぽい

□幻覚

□その他( )

□その他

※失語、失行、失認があればその内容を記載

## 重症度

FAST (Functional Assessment Staging) (□1 □2 □3 □4 □5 □6 □7)

- アルツハイマー型認知症の症状ステージがわかれば☑する。

認知症高齢者の日常生活自立度 (□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M)

- 認知症高齢者の日常生活自立度がわかれば☑する。

所見(現病歴も含めて、上記で説明出来なかったことを、現在の精神状態と関連する既往症・合併症、身体所見、日常生活の障害等について記載してください。)

- どのような日常生活上の変化がいつ頃から見られたか。
- 同居・独居の有無、介護者の有無など。
- 注意障害はその内容と程度。

3 身体・精神の状態に関する検査結果（実施した検査に☑して結果を記載してください。）

- ・ 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 — 必須だがいずれかで可

- MMSE （検査日 年 月 日 結果 / 30 点）
- HDS-R （検査日 年 月 日 結果 / 30 点）
- その他（実施検査名 検査日 年 月 日 結果 / 点）

- 未実施（未実施の場合☑し、理由を記載してください。）
- 検査不能（検査不能の場合☑し、理由を記載してください。）

※ 検査結果に関する所見又は未実施若しくは検査不能の理由

- ・ 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☑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）。

画像検査 — 原則として行うことが望ましい

- CT  MRI  SPECT  PET
- 未実施（未実施の場合☑し、理由を記載してください。）

※ 検査日、検査結果及び結果に関する所見又は未実施若しくは検査不能の理由

- ・ 認知症の診断と関連する画像診断結果（頭部 CT、MRI、SPECT、PET 等）該当するものに☑する。
- ・ 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）

血液生化学検査 — 原則として行うことが望ましい

- 未実施（未実施の場合☑し、理由を記載してください。）
- 検査不能（検査不能の場合☑し、理由を記載してください。）

※ 検査日、検査結果及び結果に関する所見又は未実施若しくは検査不能の理由

- ・ 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）

その他の検査

※ 検査名、検査日、検査結果及び結果に関する所見

- ・ 上記以外の検査結果（MIBG 心筋シンチグラフィ等）について記載する。

4 現時点での病状（改善の見込み等）についての意見

※前頁2イに該当する場合（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）のみ記載してください。（該当するものに☑してください。）

- (1) 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判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。

- (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

- ・ 再診断の場合で前回4(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)や(3)として扱われる可能性がある

※運転免許の取得・継続の可否に係る判断は、公安委員会が行います。

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（電話番号）

認知症疾患医療センターに指定されてい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