

診 断 書

(広島県公安委員会提出用)

1 対象者

氏 名 男 ・ 女
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所

2 医学的判断

- 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

※ ①～⑤を選択した場合には次のいずれかにチェック

- ☐ 日常生活に支障を来す程度の状態にある
- ☐ 上記にまで至っていない

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

☐ 実施 ☐ 未実施 ☐ 検査不能 (未実施・検査不能の場合は理由を記載)

☐ M M S E ☐ H D S - R ☐ その他（検査名 ）☐ 臨床検査（画像検査を含む）

☐ 実施 ☐ 未実施 ☐ 検査不能 (未実施・検査不能の場合は理由を記載)

☐ 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か月以内〔または6か月より短期間（.....か月以内）〕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

病院又は診療所等の名称・所在地・電話番号

担当診療科名

担当医師名

※医療者向けの参考資料ですので診断書と一緒にお渡し下さい

診断書記載ガイドライン（広島県公安委員会提出用）

1 対象者

氏 名 男 ・ 女
生年月日 大正・昭和・平成 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

※ ①～⑤を選択した場合には次のいずれかにチェック

- ☐ 日常生活に支障を来す程度の状態にある
- ☐ 上記にまで至っていない（『かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き』平成29年3月日本医師会編一部抜粋）

※①～⑦を選択し、下記所見欄を必ず記載してください。

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。）

- ・ 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（CDR、FAST等）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
- ・ 同居人の有無あるいは独居か、介護者の有無など
- ・ 記憶障害、見当識障害、注意障害はその内容と程度を記載
- ・ 失語、失行、失認があればその内容を記載
- ・ 実行機能障害、視空間認知の障害、人格・感情の障害等があればその内容と程度を記載

※ 運転の可否について判断するため具体的状態は必須項目ですので必ず記載をお願いします。

