

(徳島県公安委員会提出用)

1	氏 名	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 (歳)
	住 所		

2	診 断 (病名にチェック)
	<input type="radio"/> 病 名 <input type="checkbox"/> ① アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> ② レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> ③ 血管性認知症 <input type="checkbox"/> ④ 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> ⑤ その他の認知症 () <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ⑦ 認知症ではない (認知機能に低下があるとはいえない。) <input type="radio"/> 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。) <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>

	認知機能障害等の状態 (症状があるものにチェック) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 実行機能障害 (生活障害) <input type="checkbox"/> 買い物ができない <input type="checkbox"/> 着衣の異常 <input type="checkbox"/> 入浴ができない <input type="checkbox"/> 料理ができない <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 行動障害 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; border-left: 1px dashed black;"> <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 日付の誤認 <input type="checkbox"/> 道がわからなくなる <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 理解・判断力の低下 <input type="checkbox"/> 交通違反・事故、万引き <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 妄想 (物盗られ・被害) <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> その他 (言語の障害、失行、失認、視空間認知の障害など) <div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 実行機能障害 (生活障害) <input type="checkbox"/> 買い物ができない <input type="checkbox"/> 着衣の異常 <input type="checkbox"/> 入浴ができない <input type="checkbox"/> 料理ができない <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 行動障害 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 日付の誤認 <input type="checkbox"/> 道がわからなくなる <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 理解・判断力の低下 <input type="checkbox"/> 交通違反・事故、万引き <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 妄想 (物盗られ・被害) <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 実行機能障害 (生活障害) <input type="checkbox"/> 買い物ができない <input type="checkbox"/> 着衣の異常 <input type="checkbox"/> 入浴ができない <input type="checkbox"/> 料理ができない <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 行動障害 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 日付の誤認 <input type="checkbox"/> 道がわからなくなる <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 理解・判断力の低下 <input type="checkbox"/> 交通違反・事故、万引き <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 妄想 (物盗られ・被害) <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> その他 ()		

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、結果を記載）

○
認知機能検査・神経心理学的検査

☐
M M S E
（検査日
年
月
日
結果
／
点）

☐
H D S - R
（検査日
年
月
日
結果
／
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）

※
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

○
臨床検査（画像検査を含む）

☐
C T
☐
M R I
☐
S P E C T

☐
その他（
）

☐
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）

※
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

○
その他の検査

4
現時点での病状（改善の見込み等についての意見）

※
病名が「⑤その他の認知症」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（該当するものにチェック）

☐
認知症について6月以内[または6月より短期間（ヶ月間）]に回復する見込みがある。

☐
認知症について6月以内に回復する見込みがない。

☐
認知症について回復の見込みがない。

5
その他参考事項

以上のとおり診断します。
 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