

診 断 書

(埼玉県公安委員会 認知機能検査免除用)

1 住所	
氏名	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)
2 診断	
(1) 病名 (該当する番号を○で囲む)	
① 認知症でない	
② 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)	

③ 認知症 (確定診断)	
(2) 総合所見 (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、身体所見等)	
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等を記載)	
(1) 認知機能検査・神経心理学的検査	
<input type="checkbox"/> HDS-R (検査日 年 月 日 結果 / 点)	
<input type="checkbox"/> MMSE (検査日 年 月 日 結果 / 点)	
<input type="checkbox"/> その他 (実施検査名 検査日 年 月 日 結果 / 点)	
(2) 臨床検査 (画像検査を含む)	
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> その他 ()	
4 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 (電話番号)

担当診療科

医師氏名