

診断結果票 (案)

参考資料5

医療機関→神戸市提出用

1. 氏名 () 男・女
 生年月日 (年 月 日 歳)
 住所 ()

2. 診断 (あてはまるものにチェックする。単なる「認知症」の診断は不可。)
 認知症である。
 アルツハイマー型認知症 レビー小体型認知症
 血管性認知症
 その他の認知症 ()
 (改善の見込のある認知症の場合、再検査予定日 年 月 日)
 軽度認知障害 (MCI)
 認知症でない。
 健常
 その他 ()

<所見> 認知機能障害: 記憶障害 (年頃から) 見当識障害
 注意障害 遂行機能障害 視空間認知障害
 その他 ()
 BPSD: 妄想 () 徘徊 睡眠障害
 うつ 幻視 その他 ()
 日常生活動作: 支障あり 支障なし (DASC /84点)

3. 検査結果 (実施した検査にチェックして結果を記載)
 (1) 認知機能検査 (検査実施日 年 月 日)
 MMSE (点/30点)
 その他 (実施検査名と結果:)
 検査不能 (理由を記載))
 (理由:)
 (2) 画像検査 (検査実施日 年 月 日)
 頭部 CT 頭部 MRI ←形態画像のいずれかは施行
 <所見> 萎縮あり 萎縮なし その他所見 ()
 その他 (実施検査名:)
 <所見> ()
 検査不能 (理由を記載))
 (理由:)
 (3) その他の検査 ()

4. 特記事項 ()

☆神戸市への診断結果の提出を望まない方は、自己負担金助成の対象外になります。

年 月 日

医療機関の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印