

診 断 書

(福井県公安委員会提出用)

(認知症関係)

1	氏 名	男 ・ 女
	生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日 (歳)
	住 所	
2	<p>診断</p> <p>① アルツハイマー型認知症</p> <p>② レビー小体型認知症</p> <p>③ 血管性認知症</p> <p>④ 前頭側頭型認知症 (ピック病)</p> <p>⑤ その他の認知症 ()</p> <p>⑥ 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)</p> <p>⑦ 認知症ではない。</p> <p>○ 所見</p> <p>(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及び人格・感情等の具体的状態について記載する。)</p>	

(裏面)

3 身体・精神の状況に関する検査結果 (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

MMSE HDS-R その他 (実施検査名)

結果

結果

() ()

未実施 (未実施の場合にチェックし、理由を記載)

検査不能 (検査不能の場合にチェックし、理由を記載)

臨床検査 (画像検査を含む)

未実施 (未実施の場合にチェックし、理由を記載)

検査不能 (検査不能の場合にチェックし、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 2⑤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月以内【又は6月より短期間 (月) 】に回復する見込みがある。

(2) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。

(3) 認知症について回復する見込みがない。

5 その他運転に関する意見

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

担当診療科名

担当医師名

診断書の記載について（医師用）

病気が理由で、自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断、操作をする能力が、一定の基準以上備わっていない場合は、免許を保有することが出来ないと法令で定められています。

そこで、病気の現状が、免許の取消し、停止又は継続のどの基準に該当するのかを判断する資料として、診断書を記載していただくものです。

記載方法は以下のようにお願いいたします。

2 診断

- ・ 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。

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（ピック病）

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）

⑦ 認知症ではない

該当する診断名の番号を○で囲む

- ・ ⑥を選択した場合、原則として6ヶ月後に臨時適性検査等を行うこととされている。

（医師の診断結果を踏まえて、より長い期間を定めることも可能です。ただし、最長でも1年とします。この場合は、『5 その他参考事項』欄に記入してください。）

- 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。

- ・ 本診断書の作成時の状態

- ・ 認知症の重症度（Clinical Dementia Rating(CDR)、Functional Assessment Staging(FAST)など、あるいは、必ずしも重症度の基準ではないが、認知症高齢者の日地上生活自立度）を記載

- ・ 同居・独居の有無、介護者の有無など

- ・ 記憶障害は、その内容と程度を記載

- ・ 見当識障害は、その内容と程度を記載

- ・ 注意障害は、その内容と程度を記載

- ・ 失語があれば、その内容と程度を記載

- ・ 失行があれば、その内容と程度を記載

- ・ 失認があれば、その内容と程度を記載

- ・ 実行機能障害があれば、その内容と程度を記載

- ・ 視空間認知の障害があれば、その内容と程度を記載

- ・ 人格・感情の障害等があれば、その内容と程度を記載

(裏面)

3 身体・精神の状況に関する検査結果（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、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

MMSE HDS-R その他（実施検査名）

- ・ 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）の該当するものをチェックし、結果を記載

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）

- ・ 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）

臨床検査（画像検査を含む）

- ・ 認知症の診断と関連する臨床検査結果（頭部 CT、MRI、SPECT、PET 等の画像検査、あるいは特記すべき血液生化学検査、脳脊髄液検査など）を記載

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）

その他の検査

- ・ 上記以外の検査（MIBG 心筋シンチグラフィ等）を記載

4 現時点での病状（改善見込み等についての意見）

※ 前頁 2⑤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月以内【又は6月より短期間（ 月 ）】に回復する見込みがある。
(1)を○で囲み、6月より期間が短い場合は、括弧内に当該期間（1～5月）を記載する。
- (2) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。 → **該当する番号を○で囲む**
- (3) 認知症について回復する見込みがない。

- ・ 4で再診断の場合、前回に(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と異なった理由を具体的に記載する。理由の記載が無い場合、又は合理的な理由がない場合には、(2)又は(3)として扱われる可能性がある。

5 その他参考事項

以上のおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所等の名称・所在地

認知症疾患医療センターに指定されている機関である場合には、その旨についても記載する。

担当診療科名

担当医師名

日本認知症学会、老年精神医学会の学会認定専門医であるばあいには、その旨を記載する。

福井県警察本部 交通部運転免許課 講習指導係

電話 0776-51-2820

(内線342～344)

認知症（様式第13号）