

診 断 書 記 載 例

1 氏名	鈴木 A 太郎	Ⓐ男・女
生年月日	M・T・ⒶS・H	3 年 ○ 月 ○ 日生 (71 歳)
住所	東京都○□区×○町▽△番○号	
2 医学的診断	診断名 健忘症候群 (血管性認知症の疑い)	
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・合併症など)	5年ほど前から記憶力の低下が見られ, 2年ほど前から時間見当識障害が顕著になる。現時点では健忘症状を主とし, 認知症の初期が疑われるが, 断定はできない。 10年前より糖尿病や高血圧症で通院加療中。	
備考 (診断が未確定のときの今後の見通し, 必要な検査など)	血糖及び血圧コントロールに注意し, 経過を追う必要あり。必要に応じて頭部CTを行う。漸次悪化のおそれあり。	
3 判断能力についての意見 (下記のいずれかをチェックするか, (意見)欄に記載する)	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分することができない。 <input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには, 常に援助が必要である。 <input checked="" type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには, 援助が必要な場合がある。 <input type="checkbox"/> 自己の財産を単独で管理・処分することができる。 (意見)	
判定の根拠 (検査所見・説明)	長谷川式認知症スケール22点。場所的及び対人的見当識は保たれており, 応答にも問題はない。日常生活は特に問題がない。しかし, 自宅兼工場の増改築に際して融資を受けるための書類に不備が多いことを銀行から指摘されたことがある。注意力, 判断力の低下を自覚し, 長男に援助を求めた。妻からも同様の状況を聞いている。	
備考 (本人以外の情報提供者など)	妻 (鈴木E子)	

以上のおり診断します。

平成 12 年 7 月 17 日

病院又は診療所の名称・所在地 東京都○×区△○町□□番○号 A野総合病院

担当診療科名 精神科

担当医師氏名 ○ ○ ○ ○

印

診断書 (成年後見用)

平成21年4月改訂

1	氏名	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 (歳)		
	住所			
2	医学的診断 診断名			
	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・合併症など)			
		(該当する場合にチェック <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害 <input type="checkbox"/> 重篤な意識障害)		
3	判断能力判定についての意見 (下記のいずれかにチェックしてください。)			
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分することができない。(後見相当)			
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには, 常に援助が必要である。(保佐相当)			
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには, 援助が必要な場合がある。(補助相当)			
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を単独で管理・処分することができる。			
	判定の根拠			
	(1) 見当識			
	<input type="checkbox"/> 障害がない <input type="checkbox"/> まれに障害が見られる <input type="checkbox"/> 障害が見られるときが多い <input type="checkbox"/> 障害が高度			
	(2) 他人との意思疎通			
	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できないときもある <input type="checkbox"/> できないときが多い <input type="checkbox"/> できない			
	(3) 社会的手続や公共施設の利用 (銀行等との取引, 要介護申請, 鉄道やバスの利用など)			
	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できないときもある <input type="checkbox"/> できないときが多い <input type="checkbox"/> できない			
	(4) 記憶力			
	<input type="checkbox"/> 問題がない <input type="checkbox"/> 問題があるが程度は軽い <input type="checkbox"/> 問題があり程度は重い <input type="checkbox"/> 問題が顕著			
	(5) 脳の萎縮または損傷			
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 部分的に見られる <input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/> 不明			
	(6) 各種検査			
	長谷川式認知症スケール (<input type="checkbox"/> 点 (月 日実施), <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可)			
	MMSE (<input type="checkbox"/> 点 (月 日実施), <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可)			
	その他の検査			
	(7) その他特記事項			
	備考 (本人以外の情報提供者など)			

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

担当医師氏名/担当診療科名

氏名

印

(

科)

病院又は診療所の名称・所在地

tel ()

fax ()

※ 鑑定についてのご回答は, 「診断書付票」にご記入ください。