

治療証明書(診断書)

【認知症用】

ライフネット生命保険株式会社行

1. 氏名	(カルテNo.)	性別	生年月日	年	月	日						
2. 傷病名等	傷病発生年月日											
ア. 入院・手術等治療の原因となった傷病名				年	月	日	いずれかに○印をして下さい 医師推定 患者申告					
イ. アの原因				年	月	日	医師推定 患者申告					
ウ. ア以外で加療の必要があった傷病(合併症を含む)				年	月	日	医師推定 患者申告					
エ. アの初診日	年	月	日	オ. 入院または手術の指示をした日	年	月	日					
カ. 受診のきっかけ	□前医紹介(紹介状:あり・なし) □症状が出現し自立的に受診 □緊急搬送 □健診指摘による検査目的(健診日: 年 月 日) □主訴なし(健診・人間ドック目的) □その他()											
キ. 発症(受傷)から治療に至るまでの経緯												
ク. 傷病名告知	年	月	日	に、患者本人へ()と告げた								
3. 入院期間	1回目	年	月	日	~	年	月	日	退院 転院 入院中			
4. 手術名	手術名		診療報酬点数手術区分番号		手術日							
手術	手		K -		年			月	日			
5. 前医又は紹介医	有 無	医療機関名:		初診日		年			月	日頃		
6. 既往症	認知症 軽度認知障害	有 無	傷病名:									
	上記以外	有 無	医療機関名:		治療時期:							
7. 認知症軽度認知障害の診断	「器質性認知症」・「軽度認知障害」の診断		器質性認知症		軽度認知障害		診断確定なし					
	器質性認知症、もしくは軽度認知障害の診断について、あてはまる分類項目に○印してください。											
	器質性認知症の分類項目					軽度認知障害の分類項目						
	<input type="checkbox"/> アルツハイマー<Alzheimer>病の認知症:F00 <input type="checkbox"/> 血管性認知症:F01 <input type="checkbox"/> ピック<Pick>病の認知症:F02.0 <input type="checkbox"/> クロイツフェルト・ヤコブ<Creutzfeldt-Jakob>病の認知症:F02.1 <input type="checkbox"/> ハンチントン<Huntington>病の認知症:F02.2 <input type="checkbox"/> パーキンソン<Parkinson>病の認知症:F02.3 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病の認知症:F02.4 <input type="checkbox"/> 他に分類されるその他の明示された疾患の認知症:F02.8 <input type="checkbox"/> 詳細不明の認知症:F03 <input type="checkbox"/> せん妄、アルコールその他の精神作用物質によらないもの(F05)のうち、せん妄、認知症に重なったもの:F05.1 <input type="checkbox"/> レヴィ小体型認知症:G31.8					<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 前頭側頭葉変性症による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> レビー小体病を伴う軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 血管性軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 外傷性脳損傷による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 物質・医薬品誘発性軽度認知障害 <input type="checkbox"/> HIV感染による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> プリオン病による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> パーキンソン病による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> ハンチントン病による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 他の医学的疾患による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 複数の病因による軽度認知障害						
	診断確定日		年								月	日
	診断確定までに行われた検査 (認知機能検査と画像検査はいずれも必ずご記載ください)											
	認知機能検査		検査日		検査結果の概要(点数、所見)							
	ア.改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)		年		月	日	点数:		点	所見:		
	イ.ミニメンタルステート検査(MMSE)		年		月	日	点数:		点	所見:		
	ウ.臨床的認知症尺度(CDR)による認知機能検査		年		月	日	0		0.5	1以上		
	エ.他の認知機能検査(検査名:)		年		月	日	点数:		点	所見:		
	画像検査		画像検査		□CT □MRI □その他()		年		月	日	所見:	
	その他の検査		その他の検査()		年		月	日	所見:			
	軽度認知障害と診断されている場合、DSM-5による軽度認知障害診断基準のうち、該当する項目を選択してください											
	<input type="checkbox"/> 1以上の認知領域(複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚・運動、社会的認知)において、以前の行動水準から軽度の認知機能の低下があるという証拠があること											
	<input type="checkbox"/> 毎日の活動において、自立が阻害されていないこと											
	<input type="checkbox"/> その認知機能の低下が、せん妄の状況でのみ起こるものではないこと											
	<input type="checkbox"/> その認知機能の低下が、他の精神疾患によってうまく説明できないこと(例 うつ病、統合失調症)											
8. 請求意思能力	給付金等を請求し、受取る行為の意味を理解できますか			理解できる 理解できない その他()								
上記のとおり証明します。			証明日							年	月	日
病院または診療所の		所在地		医師氏名								
		名称										
		電話番号										

注)入院・手術等、記載しきれない場合は、別紙にご記入ください。
※お願い 訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印ください。

LIAJ058-E02-202404