

別紙

診断書(長沼町認知症老人介護手当用)

| | | | | | |
|-------------|------------------------|----|------|----|--------|
| 氏名 | | 住所 | 長沼町第 | (第 | 区) |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| 診断名 | | | | | |
| 合併症 | | | | | |
| 介護が必要となった時期 | 年 月頃から | | | | |
| 検査結果 | 検査項目 | | | 得点 | 認知症の程度 |
| | 1 N式精神機能検査 | | | | 軽・中・重 |
| | 2 N式老年者用精神状況尺度 | | | | 軽・中・重 |
| | 3 N式老年者用日常生活動作能力評価尺度 | | | | 軽・中・重 |
| 総合所見 | 認知症の程度は(軽・中・重)度である。 | | | | |
| | 認知症高齢者の日常生活自立度は()である。 | | | | |
| 備考 | | | | | |

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

診療担当科名

医師名

⑩

※この診断書は、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師が記入する。