

介護保険診断書（証明書）

1. 氏名	(カルテ番号)		男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
2. 傷病名	(1) 公的介護認定の原因(契機)となった傷病名	特定疾病(16種)または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については#1にご記入ください。				
	または 軽度認知障害(MCI)	#1	発症年月日	年 月 日		
		#2	発症年月日	年 月 日		
		#3	発症年月日	年 月 日		
	(2) その他治療中の傷病名・合併症		発症年月日	年 月 日		
	(3) 本人への病名告知	本人には(年 月 日)頃に病名を()と告げた				
	(4) 家族への病名告知	家族(続柄)には(年 月 日)頃に病名を()と告げた				
3. 当院初診日	年 月 日					
4. 前医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名	治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	
5. 既往症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	医療機関名(当院)	()科	他院名()	治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日
6. 経過 症 状 検 査 治 療	サンプル					
7. 主治医 意見書	<input type="checkbox"/> 当院作成 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 他院作成 → 医療機関名 () 初回作成年月日 年 月 日					
8. 保険金請求に関する意思能力(保険金請求の意味を理解する能力)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 具体的な状態 []					
9. (1) 軽度認知障害(MCI)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明(不明の理由)					
	9. (2) 軽度認知障害(MCI)の診断確定日	年 月 日				
10. (1) 器質性認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明(不明の理由)					
	10. (2) 器質性認知症の診断確定日	年 月 日				
	10. (3) 器質性認知症の種類	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> 混合型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> アルコール性認知症 <input type="checkbox"/> 外傷性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()				
9項または10項が「有」の場合は、必ず11項をご記入ください						
11. (1) 軽度認知障害(MCI)、 または器質性認知症 の診断確定方法	<input type="checkbox"/> 下記画像所見による診断確定を行った <input type="checkbox"/> 画像検査を行っていない <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 行っていない理由および診断確定の根拠 ()					
11. (2) MMSE検査	点 / 30点	検査日	年 月 日			
11. (3) HDS-R検査	点 / 30点	検査日	年 月 日			
11. (4) 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
11. (5) 日常生活自立度がIIIaからMの場合、その状態に 該当していると判断した日	年 月 日					
上記のとおり証明します。所在地 年 月 日						
病院または診療所の 名称 診療科名 電話番号			医師氏名			印

○訂正が生じた場合には、必ず証明印による訂正印を押印願います。
○本診断書は、必ず当社専用封筒に封入・封緘の上ご提出願います。