

認知症専用診断書

| | | | | | | |
|--------------------------------|--|----|--|----------|--|-------|
| 1. 氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年 月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 |
| 2. 認知症の種類 (ICD-10準拠) | <p>知能レベルの低下が継続しており、治療による回復が見込めない認知症を言います。</p> <input type="checkbox"/> アルツハイマー病の認知症 (F00) <input type="checkbox"/> 血管性認知症 (F01) <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 (G31.8) <input type="checkbox"/> 他に分類されるその他の疾患の認知症 (F02) <input type="checkbox"/> 特定不能の認知症 (F03) | | | | | |
| 3. 認知症と診断した日 | 年 月 日 | | | | | |
| 4. 頭部画像検査実施の有無 | <input type="checkbox"/> あり ⇒ (<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> なし (検査が未実施の場合、保険金支払対象となりません。) | | | | | |
| 5. 認知機能検査 (HDS-R・MMSEなど) 実施の有無 | <input type="checkbox"/> あり ⇒ (<input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE-J <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> なし (検査が未実施の場合、保険金支払対象なりません。) | | | | | |
| 6. 見当識障害の有無 | <input type="checkbox"/> あり ⇒ (<input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 人物) 時間：季節または朝・真昼・夜のいずれかが認識できない 場所：今住んでいる自分の家または今いる場所の認識ができない 人物：日頃接している周囲の人の認識ができない <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| 7. 本人への病名告知 | <input type="checkbox"/> 告知している <input type="checkbox"/> 告知していない | | | | | |
| 8. 現在の請求意思能力 | 保険金を請求し受け取る行為の意味を <input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない | | | | | |

上記のとおり証明します。

| | | | |
|--------------|-------------------|-----|--|
| 病院または 診療所 | 所在地 名称 電話番号 | 診療科 | 年 月 日 医師氏名 ㊞ |
|--------------|-------------------|-----|--|