

医療機関のページ

医師が記入してください

認知症診断

1. アルツハイマー病 2. 脳血管障害性認知症 3. レビー小体病
4. 前頭側頭型認知症 5. 正常圧水頭症 6. 軽度認知機能障害
7. その他 ()

※上記の番号を下表「診断番号」欄にご記入ください。

診 断 日	診断番号(疑い、確定)	診断医療機関

	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
HDSR(点)					
MMSE(点)					

脳画像 (MRI,CT,VSRAD など、画像を貼るか所見をご記入ください)

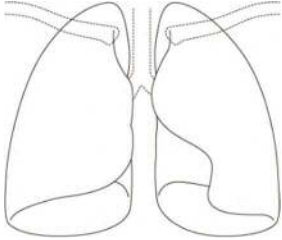
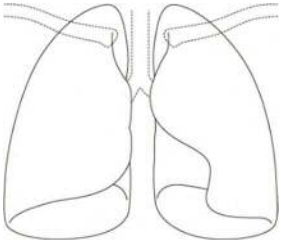
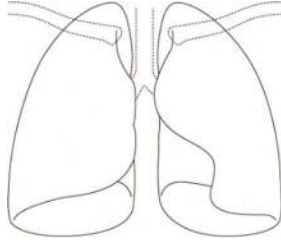
年 月 日	年 月 日
-------	-------

医師が記入してください

検査所見

	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
体 重					
血 圧	/	/	/	/	/
Hb					
TP					
ALB					
AST(GOT)					
ALT(GPT)					
クレアチニン					
血糖値					
HbA1C					

胸部 Xp 所見 (画像をお描きいただくか所見をご記入ください)

年 月 日	年 月 日	年 月 日
所見 あり・なし 	所見 あり・なし 	所見 あり・なし 

医師が記入してください

治療効果

年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	

医師が記入してください

治療効果

年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	