

医師診断書 (高次脳機能障害診断用 : 高次脳機能障害支援普及事業)

氏 名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)		男・女
住 所			
① 高次脳機能障害の発症原因となった疾患名		該当するICD-10コードを○で囲む* F04, F06, F07	
② 発病から現在までの病歴 (発病年月、受診歴等)	(初診: 年 月 日 □診察録で確認 □本人又は家族等の申し立て)		
③ 現在の病状、障害像等 (障害を構成する主たる項目に◎で、従たる項目を○で囲む) 1 記憶障害 (1) 前向健忘 (2) 逆向健忘 2 注意障害 (1) 全般性注意障害 (2) 半側空間無視 3 遂行機能障害 (1) 目的に適った行動計画の障害 (2) 目的に適った行動の実行障害 4 社会的行動障害 (1) 意欲・発動性の低下 (2) 情動コントロールの障害 (3) 対人関係の障害 (4) 依存的行動 (5) 固執 (6) その他 ()			
④ ③の病状・状態像等が日常生活に与える影響の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む) 1 高次脳機能障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 2 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 3 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 4 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 5 高次脳機能障害を認め、そのために身のまわりのことはほとんどできない。			
⑤ ①の病名の受傷・発症を説明する器質的脳病変の検出に用いた画像診断、神経生理学的検査の結果:			
⑥ ③の病状・状態像等に関する神経心理学的検査結果 1 WAIS-R (Ⅲ) (PIQ VIQ FIQ 点) 2 ミニメンタルスケールあるいは長谷川式簡易痴呆スケールスコア (点) 3 その他			
⑦ 現在の福祉サービスの利用状況 (社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)			
⑧ 備考 ICD-10コード* 外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などで記憶障害が主体の場合F04、注意障害・遂行機能障害が主体の場合F06、人格及び行動障害が主体の場合F07 に該当する 上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日 病院又は診断所の名称 医療機関所在地 電話番号 診療科担当科名 医師氏名 (自署または記名捺印)			