

高次脳機能障害診断書

氏名 _____ 様 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳) 男・女

住所 _____

傷病名 _____ による高次脳機能障害

診断基準

※下記の該当する項目に印☑を付けてください

I. 主要症状等

1、脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。

発症および受傷日 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2、現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が

記憶障害 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害 病識欠落 等の認知障害である。(複数記載可能)

※社会的行動障害 (□意欲・発動性の低下 □情動コントロールの低下 □対人関係の障害 □依存的行動 □固執 □その他)

上記の障害が日常生活に与える影響の程度

高次脳機能障害は認めるが、日常生活及び社会生活は普通に行える。

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。

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。

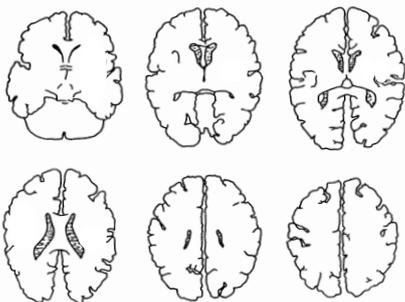
高次脳機能障害を認め、そのために日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。

高次脳機能障害を認め、そのために身の回りのことはほとんど出来ない。

II. 検査所見 (可能な場合は画像所見を記載する)

診療情報提供書等により脳の器質的病変が存在したと確認できる。

MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認される。



発症時 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断時 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<所見>

神経心理学的検査の所見を参考

以上により高次脳機能障害と診断する。

ICD-10 器質性精神障害(F0)に該当する項目に印☑を付けてください F04 F06 F07

(別紙の「ICD-10 国際疾病分類第10版(1993)記載にあたっての参考事項」をご参照下さい)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関 名称 _____

医師氏名(自署または記名捺印) _____

印 _____