様式1-1　**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		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）			

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スコア（ＰＩＱ　　ＶＩＱ　　ＦＩＱ　　）

2　ミニメンタルスケールあるいは長谷川式簡易知能評価スケールスコア　（　　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、人格および行動障害が主体の場合F07に該当する

年　　月　　日

医療機関所在地

名　称

電話番号

医師氏名（自署または記名捺印）