（自立支援局　様式４－10）

高次脳機能障害診断書

氏名		性別	男・女	生年月日	年　月　日 （　歳）

① 高次脳機能障害の発症原因となった疾病・外傷名等	
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作成の障害　　2．目的に適った行動実行の障害

(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 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

⑤ ③の病状・状態像等について①の病名の受傷・発症以前での有無

1　受傷・発症以前にはなかった　　2　受傷・発症以前からあった　　3　どちらとも言えない

⑥ ③の病状・状態像等に関する神経心理学的検査結果　　（検査日：　年　月　日）

1　WAISスコア（　ＶＩＱ　　ＰＩＱ　　ＦＩＱ　　）

2　長谷川式簡易痴呆スケールスコア（　　点）ないしはMMＳＥ（　　点）

3　その他（　　）

⑦ 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○で囲んで下さい。）

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、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、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。

⑧ 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）

⑨ 備　考

上記のとおり診断する。

年　月　日

医療機関名

（〒　　）

住　所

（TEL：　－　－　）

（FAX：　－　－　）

医師氏名　　印