

치매진단 확인이 필요한 자에 대한 의견

유효기간		발급일부터 30일	
※ 보건복지부 지정 치매전문교육을 이수한 의사 또는 한의사(한방신경정신과 전문의에 한한다)는 다음 사항을 빠짐없이 작성하여 주시기 바랍니다.			
신청인 (본인)	성 명	주민등록번호 (세)	
	주 소	(전화번호)	

1. 진단명

☐ 가. 알츠하이머병에서의 치매(F00*)

[] 1. 조기발병 알츠하이머병에서의 치매(F00.0*) [] 2. 만기발병 알츠하이머병에서의 치매(F00.1*)

[] 3. 비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(F00.2*) [] 4. 상세불명의 알츠하이머병에서의 치매(F00.9*)

☐ 나. 혈관성 치매(F01)

[] 1. 급성 발병의 혈관성 치매(F01.0) [] 2. 다발-경색치매(F01.1)

[] 3. 피질하 혈관성 치매(F01.2) [] 4. 혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매(F01.3)

[] 5. 기타 혈관성 치매(F01.8) [] 6. 상세불명의 혈관성 치매(F01.9)

☐ 다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매(F02*)

[] 1. 피크병에서의 치매(F02.0*) [] 2. 크로이츠펔트-야콥병에서의 치매(F02.1*)

[] 3. 헌팅톤병에서의 치매(F02.2*) [] 4. 파킨슨병에서의 치매(F02.3*)

[] 5. 사람면역결핍바이러스병에서의 치매(F02.4*) [] 6. 달리 분류된 기타 명시된 질환에서의 치매(F02.8*)

☐ 라. 상세불명의 치매(F03)

2. 진단경과

가. 치매 진단일	년 월 일
나. 6개월 이상 치매진료 여부	☐ 예 ☐ 아니오
다. 치매치료 약물 복용 여부	☐ 예 ☐ 아니오
라. 인지기능검사 결과	1) MMSE (Minimental Status Examination): () 2) GDS (Global Deterioration Scale): () 또는 CDR (Clinical Dementia Rating): ()

3. 그 밖의 특기사항

※ 장기요양등급 판정에 필요한 의학적 의견 등을 작성하고, 관련 검사자료(CT, MRI 소견) 등을 추가로 첨부할 수 있습니다.

4. 의사소견서 발급비용과 관련된 정보

발급일: 년 월 일

의사·한의사 성명: (서명 또는 인)

의사·한의사 면허번호: 제 호

의료기관명(건강보험요양기관 기호): (직인)

의료기관 주소: 전화번호:

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]