

【記載例】

※ 基準を満たしていれば様式は問いません

診 断 書

住 所 ○○○○○○○○○○○○
氏 名 ○○○○○○ 性別 ○○
生年月日 ○○○○年○○月○○日（○○歳）

診断
○○○○○○○○○○○○○
【※「認知機能に異常は認められない」、「明らかな認知機能の低下は認められない」等
認知症に該当する疑いがないと認められるかどうかに関する判定結果を記載】
○○○年○○月○○日受診
検査名 ○○○ 結果 ○○／○○点

上記のとおり診断します。
○○年○○月○○日
所在地 ○○○○○○○○○○○○
○○○○○クリニック
医師 ○○○○○○