

●送付方法● 村井クリニック宛にて、以下メール・FAX・郵送のいずれかへお送りください。

①メール(宛先) murai_z@yahoo.co.jp ②FAX(宛先) 028-621-1514 ③郵送(宛先) 〒320-0061 栃木県宇都宮市宝木町1丁目-2589

認知症相談書

＜ケアマネジャー・かかりつけ医 → 認知症専門医・サポート医＞

平成 年 月 日

(認知症専門医・サポート医)

村井クリニック

川島 有実子 先生・村井 邦彦 先生

(ケアマネジャー・かかりつけ医)

事業所名/医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

氏名

◎相談内容 診断 治療 ケア その他 ()

※具体的な内容

◎基本属性 【年 齢】 歳 【性 別】 男 女
【生活環境】 在 宅 (同居家族) 施 設 その他 ()

◎既往歴

◎症状・治療経過

※必要に応じて画像等の添付も可

◎現在の処方 () () ()

※処方箋の写しの添付も可

◎介護保険の利用 あり (要支援 要介護度) なし

利用サービスの種類

() () ()

◎その他 (生活上の困難・家族が対応に困ることなど)

助言書 (認知症専門医・サポート医→ケアマネジャー・かかりつけ医)

平成 年 月 日

(認知症専門医・サポート医)

回答内容 診断 治療 ケア その他 ()

具体的な内容

(ケアマネジャー・かかりつけ医 → 認知症専門医・サポート医 → ケアマネジャー・かかりつけ医)