

記載日 西暦 年 月 日

**認知症 相談依頼書**

居宅介護支援事業所 ⇒ 済衆館病院 認知症疾患医療センター

事業所名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。

**1. 利用者(患者)基本情報について**

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭			
住所	〒	電話番号				
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) 要介護 ( )					

**2. 相談内容**

- 鑑別診断 (受診に関する相談含む)  
 対応相談  
 その他 ( 詳細 : )

**3. 認知症疾患医療センターからの対応希望方法**

- ケアマネへ連絡  
連絡先 ( 上記記載へ その他 氏名 : 電話番号 : )  
 ご家族へ連絡 ( 続柄 : )  
連絡先 氏名 電話番号 ①  
②

**4. その他 (自由記載)**

特記事項 など	
---------	--

**5. 返信 認知症疾患医療センター ⇒ 居宅介護支援事業所**

対応 など	受診調整⇒ <input type="checkbox"/> 予約日 ( / ) <input type="checkbox"/> 予約外受診案内
	返信の有無 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 無

FAX番号:0568-21-0837 (患者支援センター) (FAX到着確認電話は不要です)

電話番号: 0568-21-0811 ( 済衆館病院 代表)

## 使用方法

認知症に関する相談、受診に関する相談があるときに使用します。  
当用紙FAXください。3の対応方法に沿ってこちらから連絡いたします。  
項目の「5 返信」は認知症疾患医療センターが記載します。  
FAX後3日以内に連絡がない場合はお手数ですが連絡ください。  
お急ぎの場合は、お電話ください。

## 問い合わせ先

済衆館病院 認知症疾患医療センター

担当:河合なみ子

電話:0568-21-0811

メールアドレス: [saishu.ninchisyotel@gmail.com](mailto:saishu.ninchisyotel@gmail.com)  
[saishu-kango78@world.odn.ne.jp](mailto:saishu-kango78@world.odn.ne.jp)