

FAX送付先 半田市高齢介護課 : 25-2062

認知症初期集中支援チーム 情報提供書・主治医等コメント票

作成日： 年 月 日

先生 御机下

半田市認知症初期集中支援チーム
認知症サポート医

この度、以下の対象者様の経過についてご報告させていただきます。対応内容及び対象者様の様子などをご返信いただけますと幸いです。お手数をおかけいたしますが、FAXにて半田市高齢介護課宛にお送りくださいようお願いいたします。

※本事業は、医療保険の診療情報提供料の対象外です。

ふりがな 対象者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	半田市		TEL	
家族状況				
既往歴				
チームの 介入経緯				
ア セ ス メ ン ト 結 果	認知機能			
	身体機能			
	生活状況			
	家族状況・住環境・その他			
主治医への依頼内容				
備考	個人情報提供同意 有 (本人・家族) ・ 無		担当チーム員	

以上、簡単ですがご報告とさせていただきます。

ご不明な点は、半田市福祉部高齢介護課 TEL：84-0644 FAX：25-2062までお問合せください。

主治医等コメント票

医療機関名： _____

氏 名： _____

月 日 本人・家族・その他 受診済	・	月 日 時点で未受診
(診断・治療内容)	(指導内容)	
引き続き通院予定 ・ ()	へ紹介 ・ その他 ()	
記載日：平成 年 月 日		