

相談書(かかりつけ医→認知症サポート医)

年 月 日

(認知症サポート医)

(かかりつけ医)

病院 _____
先生 _____

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(認知症サポート医→かかりつけ医)

年 月 日

(認知症サポート医)

回答内容 診断 治療 ケア その他()

具体的な内容