

「脳健康スクリーニング」主治医連絡票

作成日 平成 年 月 日

日頃より大変お世話になっております。下記の患者様に「脳健康スクリーニング」を実施させて戴くことについて、患者様および主治医のご意向を確認いたしたく連絡させていただきます。

【患者・家族記入欄】

「脳健康スクリーニング」の実施について同意いたします。

本人氏名 () または 代諾者氏名 (: 続柄)
◆ご本人の情報
氏名 (ふりがな)
生年月日 (歳)
住所
Tel :
家族氏名 ; 電話番号 ;

【医師記入欄】

◆「脳健康スクリーニング」※ を実施することについて

希望する 希望しない

医療機関名 :

住 所 :

医師名 : 先生

Fax : Tel :

※ 実施する「脳健康スクリーニング」は、iPad を使った簡易スクリーニングです。結果は後日直接報告させていただきますが、認知症初期集中支援チーム担当者または地域包括支援センターに限って情報共有する場合がございますので、予めご了承ください。

■ 返信先

記入後、下記へ直接、または患者家族に Fax 依頼してください。

担当者 (三重大学病院 認知症センター・認知症連携パス推進員) :

Fax : (059) 231-6029 Tel : (059) 231-6027

三重県医師会・三重大学病院認知症センター「認知症ケアの医療介護連携体制構築事業」
照会先 Tel : (059) 231-6027