FAX送付先：弥富市地域包括支援センター　FAX 65-5523（直通）

認知症初期集中支援依頼票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼者（事業所）：　　　　　　　　　　　　　　連絡先： | | | |
| 対象者 | 男・女 | 年齢 |  |
| 住　所 |  | | |
| 連絡先 |  | | |

【確認】40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人または認知症の人で、以下のア、イのいずれかに該当する者（該当する項目に○をつけて下さい。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ア、医療サービス・介護サービスを受けていない、または中断している | |
|  | （１）認知症疾患の臨床診断を受けていない | |
|  | （２）継続的な医療サービスを受けていない | |
|  | （３）適切な介護保険サービスに結びついていない | |
|  | （４）診断されたが介護サービスが中断している | |
|  | イ、医療サービス・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため対応に苦慮している | |
| ケース概要（★問題となっていることを簡潔に記入）  認知症初期集中支援チームに依頼したいこと・期待すること | | |
| 緊急性 | | あ　り・な　し |