資料２

認知症初期集中支援チーム　情報提供書・主治医ご意見票

作成日：平成　　年　　月　　日

主治医

御中

先生　　ご侍史

みよし市・豊田市認知症初期集中支援チーム

認知症専門医・サポート医・担当者

平素よりお世話になっております。先生に診察いただいております、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、以下の「主治医ご意見欄」にご記入いただき、利用者様に対する先生のご意見等をご返信いただけますと幸いです。

ふりがな 対象者氏名		男・女	生年月日	Ｔ　Ｓ	年　月　日　（歳）	
住所	みよし市・豊田市				電話	（　　）－　－
家族状況						
チーム介入の経緯						
アセスメント結果	認知機能					
	身体機能					
	生活状況					
	その他					
主治医への報告内容						
備考	個人情報提供同意　有（本人・家族）・　無			担当チーム員名		

以上、簡単ですがご報告とさせていただきます。

ご不明な点につきましては、以下の問合せ先までご連絡お願いいたします。

問合せ先：みよし市・豊田市　　電話：

≪主治医ご意見欄≫

医療機関名		医師氏名	
受診の有無	平成　　年　月　日　時点	受診あり （本人・家族・その他）	・　未受診
支援の方針	☐　上記の内容で可		
	その他ご意見		
★療養上の留意点、チームへのご希望などがありましたらご記入ください。		記載年月日	
		平成　年　月　日	