

FAX 077-582-6040

発信者名 ()

受信者 滋賀県若年認知症コールセンター
滋賀県軽度認知症サポートセンター
もの忘れサポートセンター・しが：藤本クリニック 奥村宛

【つながるシート】

本シートは、主に、若年認知症や軽度認知症の本人、家族からの相談やその方たちに関わっておられる医療機関の皆様からの相談、連絡を目的としたシートです。まず、ご連絡をいただき、その後に具体的なつながり方を一緒に考えさせてください。FAX 受信後にご連絡をいたしますので、御協力をよろしくお願いいたします。
なお、若年認知症や軽度認知症にかかわらず、高齢者認知症全般についてもご利用いただけますのでご利用下さい。

●発信者記入欄

記入日： 年 月 日 発信者： 本人・家族・医療機関・その他の支援者
医療機関・支援者所属
氏名
(本人/家族で匿名希望の場合は、お電話番号だけでかまいません。)
電話
FAX

《目的》

① 何について

- 相談 ●本人/家族交流会 ●本人/家族心理教育 ●仕事の間 ●職場における就労継続支援
- その他 ()

② どうしてほしい

- 電話/面談での相談希望 ●本人/家族交流会へ参加希望 ●本人/家族心理教育へ参加希望
- 仕事の間へ参加希望 ●職場での就労継続への働きかけ希望 ●介護への助言希望
- その他 ()

③ 主治医の了解について

ご連絡をいただくにあたって、主治医の先生はご存知ですか？

- はい ●いいえ ●主治医なし

「いいえ」とお答えの方…必要時にご相談の上、こちらからご連絡をさせていただく場合があります。

ご相談なく、連絡をすることはありません。

④ その他 依頼事項

.....
.....
.....

●返信者記入欄

記入日： 年 月 日 返信者

伝達・回答事項

.....

..... 添付資料 () 枚

