

平成 年 月 日

〇〇病院

〇〇 〇〇先生御机下

函館市認知症初期集中支援チーム  
 (事務局：函館市保健福祉部高齢福祉課)

「函館市認知症初期集中支援チーム」の活動および情報共有に関する  
 ご協力について（ご依頼）

日頃より函館市の保健医療福祉行政に多大なご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市では介護保険法に基づく地域支援事業である「認知症初期集中支援推進事業」を実施しております。この事業は、本市より委託された専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が、認知症の方（疑いを含む）を訪問し、適切な医療・介護サービスに結び付けるための支援を行うものです。

この度、同支援チームが、貴医療機関が担当されている下記の方（訪問支援対象者）の支援活動を行うこととなりました。

つきましては、下記の訪問支援対象者に関し、貴医療機関と同支援チーム間での相互の情報提供および共有にご協力をお願いいたします。

## 記

## 1 支援対象者

氏名		生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)	性別	
住所					

## 2 支援開始予定日（初回訪問予定日）

平成 年 月 日

## 3 提供いただきたい情報等 ※必要時

診療情報（現病名、既往歴、診療経過、処方内容等）

その他、本チームが関わる際に留意すべき点があればご教示ください。

## 4 共有する情報等（支援開始後～支援終了時）※必要時

（例：上記の方への同支援チームの支援が終了しました。今後は、別添引継ぎ連絡票に記載のとおり、自宅にて介護サービスを利用することとなりましたので、引き続き、貴医療機関でのご支援をお願いいたします。）

## &lt;問合せ先&gt;

函館市保健福祉部高齢福祉課	電話 0138-21-3082	FAX 0138-26-5936
〇〇〇認知症地域疾患医療センター	電話	FAX
△△△地域包括支援センター	電話	FAX