

# 認知症初期集中支援依頼票



事業者名	担当 ( )		
電話番号	FAX		
支援対象者氏名		性別	
生年月日		年齢	
住所・連絡先	安城市 電話番号		

【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✓をつけてください）

<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	（ア）認知症疾患の臨床診断を受けていない
<input type="checkbox"/>	（イ）継続的な医療サービスを受けていない
<input type="checkbox"/>	（ウ）適切な介護保険サービスに結びついていない
<input type="checkbox"/>	（エ）診断されたが介護サービスが中断している
<input type="checkbox"/>	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

ケースの概要 （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に期待すること

緊急性	あり ・ なし
-----	---------