　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　　　　　　　　　　先生

　　　「情報提供書（もの忘れ等相談連絡票）」による情報提供について

いつもたいへんお世話になっております。

ご本人様の状況について、お伝えしたい点がございましたので「情報提供書（もの忘れ等相談連絡票）」を作成いたしました。

つきましては、別紙のとおり情報提供いたしますので、ご不明な点等ございましたら下記担当者宛にご連絡いただきますようお願いいたします。

　なお、「情報提供書（もの忘れ等相談連絡票）」についての趣旨等は裏面に記載しております。

担当者（所属はいずれかをチェック）

　所属：□　地域包括支援センター（　　　　　　　　　　）

□（　　　　　　　　　　　　）居宅介護支援事業所

□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　氏名：

　連絡先（電話番号）：

**「情報提供書（もの忘れ等相談連絡票）」について**

１.情報提供書の趣旨

認知症（疑いを含む）の人やその家族への支援において、相談支援機関から医療機関に情報提供する際の標準書式を定めることで、情報共有を円滑にし、効果的な連携を促進していくことを目的に作成しました。なお、この情報提供書は書面等での回答をお願いするものではないことを申し添えます。

２.使用する場面

|  |  |
| --- | --- |
| 相談を受けた初期の段階 | 地域包括支援センター等の職員が、本人や家族等から相談を受け、その内容を受診する医療機関に伝える。 |
| 継続的な支援を行っている段階 | ケアマネジャー等が、本人・家族等からの相談や経過観察で把握した内容（行動・心理症状の悪化や服薬管理上の問題など）を、医療機関に伝える。 |

３.使用方法

①支援者（相談支援機関の職員やケアマネジャー）が作成して本人や家族に渡し、本人や家族が受診時に持参する。

②支援者が本人の受診に同行し持参する。

③家族、支援者があらかじめ医療機関に持参する。

④その他、状況に応じ事前連絡のうえ医療機関に郵送する。

４.使用様式

別紙のとおり

５.本様式に関する問い合わせ先

奥州市地域包括支援センター（奥州市役所２階）　直通電話34－2199