

担当医師:

フリガナ		M・T S・H	年	月	日生	(歳)
本人氏名						
〔相談主旨〕						
〔内容〕						
〔診断・状態〕						
<input type="checkbox"/> 認知症 () <input type="checkbox"/> 身体疾患による精神症状または認知症様症状						
<input type="checkbox"/> 認知症疑い () ()						
<input type="checkbox"/> 精神疾患 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
〔相談内容・今後の方針〕						
1. 医療機関受診のすすめ						
2. 介護保険申請のすすめ						
3. 在宅サービスの活用						
4. 家族の接し方の助言						
5. 本人への助言						
6. その他						
〔地域包括支援センターへの助言〕						
〔備考〕						