

# 【記入例】

かかりつけ医→支援事業所

## 医師用 もの忘れ相談返信シート

ふりがな	生年月日	年齢	性別	支援者氏名 (所属機関)	
本人氏名	M・T・S 年 月 日			( )	
本人住所	瑞穂市	連絡先		支援者 連絡先	TEL FAX

### 1. 対応内容

対応した内容について、☑をしてください。  
※対応した内容が、複数あるのこともあります。

支援事業所が記入します。

- 認知症と診断しました
  - 認知症治療薬の投薬を開始しました
  - 経過観察していきます
- 専門病院を紹介しました (病院名: \_\_\_\_\_)
- 認知症ではないと思われます
  - 今後も継続して経過観察していきます
  - 治療不要と思われます

（予測される症状の原因 \_\_\_\_\_）
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 2. その他ご意見がありましたらご記入ください

支援事業所に伝えるべき事項があれば、記入してください。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名・医師名

医療機関名、医師名を記入してください。



※この「返信シート」では診療情報提供料は発生しません