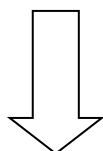


《朝日町認知症初期集中支援チームへの情報提供票》

気になる方をお見掛けしましたら、情報提供をよろしく申し上げます。

- 送信日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 送信者様の情報をご記入ください。
- 送信事業所： _____
- 送信者氏名： _____
- 送信者住所： _____
- 送信者連絡： 電話 _____ F A X _____



初期集中支援チームへF A Xにて情報提供をお願いします。

郵送の場合は下記、お問合せ先までお願いします。

受信者： 朝日町認知症初期集中支援チーム宛て

F A X： 0 5 9 - 3 7 7 - 2 9 4 4

- 認知症の疑いのある方の氏名： _____ 男・女
- 生年月日： T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
- 住 所： 三重郡朝日町 _____
- 電話番号： _____

【情報提供者様からみた、認知症の疑いのある方のご様子】

※個人情報厳守します！

ご提供いただきました、個人情報は認知症初期集中支援チームの活動でのみ、ご使用させていただきます。

＝お問合せ先＝
朝日町地域包括支援センター
住所：〒510-8102
三重郡朝日町小向 891-5
TEL：059-377-5500
FAX：059-377-2944

～認知症になっても、安心して住み慣れた地域で暮らし続けるために～

朝日町地域包括支援センター

認知症初期集中支援チーム

医師・医療・介護の認知症支援チームが
認知症の早期対応をお手伝いします。

ぜひ、ご相談ください！



●朝日町認知症初期集中支援チームとは？

保健師・看護師・社会福祉士などの専門職がチームとなり、チーム医（認知症サポート医）の協力を得て活動します。

●どんなことをするの？

朝日町にお住まいの認知症または、そのおそれがある方やご家族さまのご自宅を訪問させていただき、必要に応じて、医療機関への受診や介護保険サービスの利用等につなげるお手伝いをします。

●対象となる方は？

40歳以上で、自宅で生活している認知症の方や認知症が疑われる方で

- ・認知症の診断を受けていない、または治療を中断している
- ・医療サービスや介護サービス等を利用していない
- ・何らかのサービスを利用しているが、認知症による症状が強く、どのように対応してよいか悩み困っている

【連絡先】朝日町地域包括支援センター
【住所】三重郡朝日町小向891-5
【電話】059-377-5500
【FAX】059-377-2944

