

認知症相談支援申込書

◆こんな状況でお困りはありませんか？

認知症の症状が悪化して、
どのように対応したら
良いのか困っている



認知症かもしれないが、
本人が嫌がり
病院の受診ができない

認知症の薬を飲んでいた
が、中断してしまった



介護のサービスを使って
いたが、拒否があり
使えず困っている

◆『みのわまち 認知症ケアチーム』（箕輪町認知症初期集中支援チーム）の活動

認知症の方（その疑いのある方）やそのご家族を、**医療や介護の専門職が訪問し**、
症状などの困りごとや心配事を把握し、**早期に集中的に**、病院への受診や介護サー
ビスの活用、地域の居場所へ繋ぐなどのサポートをします。

* 箕輪町には、『伊那神経科病院チーム』と『みのわまちチーム』の
2チームがあり、利用についてはご家族と相談しながら進めていきます。



◆個人情報の取り扱い

個人情報について、必要に応じて医療機関や介護保険事業所等の関係者と情報共有を行います。

上記の認知症相談支援チームの活動を理解し、相談支援を希望します。

令和 年 月 日 住所 _____
本人氏名 _____
相談者氏名 _____（続柄 _____）
電話番号 _____

【地域包括支援センター担当者確認欄】

| 支援チーム | 決定 | 家族への連絡日時 | 担当 |
|------------|----|----------|----|
| 伊那神経科病院チーム | | | |
| みのわまちチーム | | | |