

**送付先**

神奈川県福祉部高齢福祉課 高齢福祉グループ 行

メールアドレス anshinkaigo@pref.kanagawa.jp

FAX番号 045-210-8874

電話番号 045-210-4846

**〔新規掲載〕 「認知症の診療を行う医療機関名簿」の掲載内容についての連絡票**

医療機関名 ( )

回答者 ( )

**【掲載内容】 ※鑑別診断以降は、該当するものを○で囲んでください**

住所	電話番号	認知症の診療科	鑑別診断
〒			可 ・ 不可

認知機能検査	画像診断委託	画像診断	専門外来有無	専門外来予約 要否	入院対応可否	往診可否	ソーシャルワーカー有無
長谷川式 MMSE その他	委託 有・無 ↓	CT・MRI SPECT その他	有・無	要・否	可・否	可・否	有・無

委託がある場合は名簿には※が記載されます。

備考