**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.lg.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 　（　　　　　　　　　　 　　　）　メールアドレス（　　　　　　　　　　　　）**

**【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 |
|  |