

認知症初期集中支援チームへの支援依頼にあたっての 支援者向けチェックシート

※医療従事者用シート

①	一宮市民である	はい	いいえ
②	40歳以上である	はい	いいえ
	在宅で生活している		
③	(ア) 入院中ではない	はい	いいえ
	(イ) 施設に入所していない	はい	いいえ
④	認知症が疑われる or 認知症と診断されている	はい	いいえ

①～④のすべてが「はい」



①～④のうち、1つでも「いいえ」



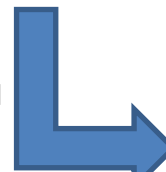
原則、
支援対象外

⑤	いままでに認知症と診断されたことがない	はい	いいえ
⑥	定期的に受診していない (受診勧奨を拒否する)	はい	いいえ
⑦	介護サービスを利用していない (サービス利用勧奨を拒否する)	はい	いいえ
⑧	認知症と診断されているが、BPSD(認知症の行動・心理症状)が 顕著なため、対応に苦慮している	はい	いいえ

⑤～⑧のうち、1つでも「はい」



⑤～⑧のすべてが「いいえ」



原則、
支援対象外

支援対象です。支援を依頼したい場合は、
認知症初期集中支援センターあんず(0586-80-8262 担当:間瀬)にご連絡ください。
連絡の際には、①対象者の氏名・住所・生年月日・家族構成 ②支援者として困っていることや
解決したい課題 を教えてください。