

## 認知症サポート医 名簿公表に係る同意確認書

### 〈ご対応が可能な取組について〉

東京都では、区市町村や認知症疾患医療センター等が認知症の人・家族等の支援における相談や、研修の企画や講師としての協力依頼等を行いやすくするため、認知症サポート医の皆様のそうした相談等への対応可否について、公表させていただくこととしました。

公表に同意いただける場合には、東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ」内で公表いたします。公表に同意されない場合でも、東京都全体の認知症サポート医の取組状況を把握するため、ご回答をお願いいたします。

下記のいずれか該当する番号に○を付けてください。

①自らが主治医として関わる認知症（もしくは認知症疑い）の方以外についても、地域包括支援センターからの相談に応じ、助言と支援を行う	1 対応可能（これまでに対応したことがある） 2 対応可能（これまでに対応したことはない） 3 対応できない
②所属する区市町村の初期集中支援チームのチーム員として参加できる	1 参加可能（これまでに参加したことがある） 2 参加可能（これまでに参加したことはない） 3 参加できない
③所属する区市町村で認知症検診に関する事業に参加できる（所属する区市町村でそうした事業がないもしくはあるかどうかわからない場合、ある場合を想定して回答してください）	1 参加可能（これまでに参加したことがある） 2 参加可能（これまでに参加したことはない） 3 参加できない
④認知症カフェ等の本人や家族介護者を対象とした取組への参加	1 参加可能（これまでに参加したことがある） 2 参加可能（これまでに参加したことはない） 3 参加できない
⑤住民向け講演会や専門職向け研修等の企画立案への協力や講師として参加	1 参加可能（これまでに参加したことがある） 2 参加可能（これまでに参加したことはない） 3 参加できない

下記にチェックしてください。

- 上記①～⑤について「とうきょう認知症ナビ」に名簿と共に公表することに同意します。
- 上記①～⑤について「とうきょう認知症ナビ」に名簿と共に公表することに同意しません。

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_

自署の場合は押印不要です。