**認知症サポート医養成研修　受講希望調査票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者 |  | | | |
| 受講希望者生年月日 | 昭和　・　平成　　　　年　　　　月　　　　日　　　（　　　）歳 | | | |
| 医療機関名 |  | | | |
| 医療機関住所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX |  |
| 所属医師会名  ※未入会の場合は、「未入会」に○をおつけください。 | 医師会　　　　／　　　未入会 | | | |
| 受講を希望する日程 | 第　　　　　回 | | | |

**１．現在の活動について、実施しているものにチェックを付けてください。**

* 地域において認知症の診療（早期発見等）を行っている
* 各区医師会と地域包括支援センターの事業等に協力している
* 認知症地域支援推進員等からの相談を受け、医療的見地からの助言を行っている
* 認知症の人を専門医療機関につなぐための関係機関との調整を行っている
* 認知症の人への支援を行う関係者の会議へ出席し助言等を行っている

（例：地域ケア会議、サービス担当者会議等）

* 認知症に関連するイベントや研修等に協力している

（例：認知症セミナー、認知症サポーター養成研修、認知症カフェ等）

* 認知症ケアに携わる多職種協働のための研修会に参加・協力している（例：ライフサポート研修）
* 行政等で嘱託医等として、[ 活動している ・ 活動予定である ] ※いずれかに○

**2．専門医等の状況について、該当するものにチェックをしてください。**

* 日本老年精神医学会が定める専門医
* 日本認知症学会の定める専門医
* 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療に5年以上の臨床経験がある
* 認知症疾患の診断・治療に5年以上従事している

上記のチェック内容は、事実と相違ありません。

　　　　　　年　　　月　　　日

医師名：