連携に関する承諾書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連携内容 | 検査体制 | * コンピュータ断層撮影装置［ＣＴ］
* 磁気共鳴画像装置［ＭＲＩ］
* 脳血流シンチグラフィ［ＳＰＥＣＴ］
 |
| 入院体制 | * 認知症の行動・心理症状に対する急性期入院治療
* 身体合併症に対する急性期入院治療
 |
| 連携医療機関の概要 | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 |  |
| 管理者 |  |
| 診療科 |  |
| 病床数 | （総　　　　　数）　　　　　　床（うち精神科病床）　　　　　　床 |
| 連携医療機関との位置関係 |  |

認知症疾患医療センター運営事業に関し、上記のとおり連携して実施します。

認知症疾患医療センター

（医療機関）名　称

所在地

（開設者）　住所又は主たる

事務所の所在地

氏名又は名称及び

代表者の氏名

連携医療機関

（医療機関）名　称

所在地

（開設者）　住所又は主たる

事務所の所在地

氏名又は名称及び

代表者の氏名