坂戸市認知症ケア相談室　情報提供用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 性別：男・女 | 年齢：　　　歳 |
| 記入者：　　　　　　　　　（事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　）  記入者連絡先： | | |
| 相談したいこと： | | |
| その他概要： | | |
| 家族構成（ジェノグラム等）： | | |
| 電話不可の時間： | | |

※この用紙を認知症ケア相談室に送る際には、事前に相談室に連絡を入れてください。

※対象者やその家族等の個人情報は記載せず、電話等により直接情報共有してください。

※認知症ケア相談室から折り返しする際は、原則相談室の職員が電話可能な時に連絡をします。万が一相談者の電話がつながらない時間がある場合には、「電話不可の時間」の欄に記載してください。