

## ◆とうきょう認知症ナビ内での公表イメージ

### ①全項目についてご回答いただき、かつ全項目の公表を同意された場合

- ・ 選択肢 1 又は 2 (「対応 (参加) 可能」) を選択された項目…○と表示します
- ・ 選択肢 3 (「対応 (参加) できない」) を選択された項目…×と表示します

区市町村	所属機関名	氏名	郵便番号	所属機関所在地	所属機関電話番号	備考	認知症サポート医等フォローアップ研修の受講状況			地域包括支援センターからの相談対応 (主治医以外の場合)	初期集中支援チームへの参加	認知症検診への参加	認知症カフェへの参加	研修講師としての協力
							H30	R01	R02					
〇〇区	〇〇診療所	都庁 太郎	10X-XXXX	●区●町番地	03-1234-XXXX		○		○	○		×	○	○

### ②全項目についてご回答いただき、かつ全項目の公表に同意されない場合⇒“非公表”と表示します

区市町村	所属機関名	氏名	郵便番号	所属機関所在地	所属機関電話番号	備考	認知症サポート医等フォローアップ研修の受講状況			地域包括支援センターからの相談対応 (主治医以外の場合)	初期集中支援チームへの参加	認知症検診への参加	認知症カフェへの参加	研修講師としての協力
							H30	R01	R02					
〇〇区	〇〇診療所	都庁 花子	10X-XXXX	●区●町番地	03-1234-XXXX			○	○	非公表	非公表	非公表	非公表	非公表

### ③氏名・医療機関名・所在地・連絡先のみ公表を同意しているが、対応可能な取組についてご回答がない場合⇒空欄となります

区市町村	所属機関名	氏名	郵便番号	所属機関所在地	所属機関電話番号	備考	認知症サポート医等フォローアップ研修の受講状況			地域包括支援センターからの相談対応 (主治医以外の場合)	初期集中支援チームへの参加	認知症検診への参加	認知症カフェへの参加	研修講師としての協力
							H30	R01	R02					
〇〇区	〇〇診療所	都庁 次郎	10X-XXXX	●区●町番地	03-1234-XXXX		○	○						

### ④氏名・医療機関名・所在地・連絡先含め全て同意のない場合⇒これまで同様、名簿には掲載しません