（様式３）

**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ある方・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、東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ」（以下「とうきょう認知症ナビ」という。）内で公表させていただくこととしました。

　とうきょうオレンジドクターの申請に当たっては、下記の取組全てに「対応可能」であり、回答内容について「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する必要があります。

届出日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | **対応可能な取組** | **選択肢** | **回等欄** |
|  | 自らが主治医として関わる認知症（もしくは認知症疑い）のある方以外についても、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） |  |
| ② | 所属する区市町村の認知症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 | 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） |  |
| 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） |  |
| 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） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **選択肢** | **チェック欄** |
| 上記①～⑤の回答内容について、「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する。 |  |

※本様式は、一度提出していただいた方であっても、とうきょうオレンジドクターの申請の際に再度提

出する必要があります。

また、本様式の内容を最新の情報として、とうきょう認知症ナビに名簿と共に公表いたします。