

《ご本人・ご家族用貼付欄》

※お薬手帳(写)等、関係者に知って欲しい情報が掲載されているものを貼付して下さい。

※原本ではなくコピーを貼付して下さい。

《ご本人・ご家族用貼付欄》

※お薬手帳(写)等、関係者に知って欲しい情報が掲載されているものを貼付して下さい。

※原本ではなくコピーを貼付して下さい。

《ご本人・ご家族用貼付欄》

※お薬手帳(写)等、関係者に知って欲しい情報が掲載されているものを貼付して下さい。

※原本ではなくコピーを貼付して下さい。

《ご本人・ご家族用貼付欄》

※パスに記入しなくても、同様の内容が確認できるもの
(診療情報提供書(写))等があれば、貼付して下さい。

※原本ではなくコピーを貼付して下さい。

《医療機関用貼付欄》

※パスに記入しなくても、同様の内容が確認できるもの
(診療情報提供書(写))等があれば、貼付して下さい。

のりしろ

《医療機関用貼付欄》

※パスに記入しなくても、同様の内容が確認できるもの
(診療情報提供書(写))等があれば、貼付して下さい。

～ 認知症に関する相談機関 ～

認知症疾患医療センター

地域における認知症医療の中心的役割を担う専門医療機関で、認知症の鑑別診断や、専門の相談員が相談に応じます。

名称	所在地	電話番号	相談時間
群馬大学医学部附属病院	前橋市昭和町3-39-15	(027) 220-8047	9:00～15:00 月～金（年 末年始・祝 日除く）
上毛病院	前橋市下大島町596-1	(027) 266-1482	
老年病研究所附属病院	前橋市大友町3-26-8	(027) 252-7811	
原病院	伊勢崎市境上武士898-1	(0270) 74-0633	
美原記念病院	伊勢崎市太田町366	(0270) 24-3355	
サンピエール病院	高崎市上佐野町786-7	(027) 347-1177	
篠塚病院	藤岡市篠塚105-1	(0274) 20-1103	
西毛病院	富岡市神農原町559-1	(0274) 62-3156	
岸病院	桐生市相生町2-277	(0277) 54-8949	
内田病院	沼田市久屋原町345-1	(0278) 24-5359	
田中病院	北群馬郡吉岡町陣場98	(0279) 54-2106	
東毛敬愛病院	太田市上小林町230-1	(0276) 26-1793	
吾妻脳神経外科 循環器科	吾妻郡東吾妻町 原町760-1	(0279) 68-5211	

専門医・医療機関の情報

全国の認知症の専門医や医療機関の情報が検索できます。

名称	ホームページアドレス
日本認知症学会	http://dementia.umin.jp/
日本老年精神医学会	http://www.rounen.org/

地域包括支援センター

高齢者の総合相談窓口で、保健・福祉・医療などに関する様々な相談に応じています。

お住まいの市町村の担当窓口又は地域包括支援センターへお問い合わせ下さい。

こころの健康センター・保健福祉事務所・保健所

心に悩み・不安のある方やその家族の方などへ、こころの健康相談を行っています。

こころの健康センター（TEL027-263-1166）、又はお住まいの保健福祉事務所又は保健所へお問い合わせ下さい。

認知症コールセンター

認知症介護の専門家が、認知症の人やその家族等が抱える介護の悩みなどに電話相談に応じるとともに、相談内容により関係機関へ適切につなげます。

所在地	電話番号	相談時間
前橋市亀泉町1-26	(027)	9:00~17:00
特別養護老人ホーム明風園内	269-4432	月~金(祝日・年末年始除く)

若年性認知症コールセンター

若年性認知症特有の様々な悩みに対し、専門の相談員が電話相談（フリーコール）に応じます。

所在地	電話番号	相談時間
愛知県大府市半月町 3-294	(0800) 100-2707	10:00~15:00 月~土（祝日・年末年始除く）

若年性認知症ぐんま家族会

家族等が集まって、家族同士の交流を深めたり、情報交換などの活動を行っています。

活動場所	活動日	電話番号
前橋市野中町368 群馬県こころの健康センター内	毎月第3月曜日 13:30~16:00	(027) 263-1166

認知症の人と家族の会群馬県支部

介護家族が集まり、介護の相談、情報交換、勉強会などの活動を行っています。

所在地	電話番号	相談時間
高崎市北原町67-4	(027) 360-6421	9:00~17:00 月~土（祝日・年末年始除く）

《伝言板》

() 内に所属と氏名を記入して下さい。(特定の伝えたい人がいない場合は、氏名等の記入は不要です。)

日付	伝言	伝える人
平成 28 年 1 月 20 日	<p>食欲はありますが、今日も便がありません。</p> <p>一度、かかりつけ医の先生に相談してみてください。</p>	<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input checked="" type="checkbox"/> 介護施設・事業所(群馬太郎) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()

何かコメントがある場合や、診察結果等を必要に応じて記入して下さい。



伝えたい相手	コメント欄	確認欄
<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()	<div style="font-size: 48px; opacity: 0.3; text-align: center;">例</div>	平成28年 2月10日 サイン 赤城三郎
<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()		平成 年 月 日 サイン
<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()		平成 年 月 日 サイン
<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()		平成 年 月 日 サイン

《伝言板》

() 内に所属と氏名を記入して下さい。(特定の伝えたい人がいない場合は、氏名等の記入は不要です。)

日付	伝言	伝える人
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()

何かコメントがある
場合や、診察結果
等を必要に応じて
記入して下さい。



伝えたい相手	コメント欄	確認欄
<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター () <input type="checkbox"/> その他()		平成 年 月 日 サイン
<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター () <input type="checkbox"/> その他()		平成 年 月 日 サイン
<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター () <input type="checkbox"/> その他()		平成 年 月 日 サイン
<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター () <input type="checkbox"/> その他()		平成 年 月 日 サイン

《伝言板》

() 内に所属と氏名を記入して下さい。(特定の伝えたい人がいない場合は、氏名等の記入は不要です。)

日付	伝言	伝える人
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> ご本人又はご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 専門医療機関() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー() <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> その他()

(白紙)

〒371-8570

群馬県前橋市大手町一丁目1番1号

群馬県健康福祉部介護高齢課

電話:027-223-1111