年　　　月　　　日

もの忘れ検診に係る精密検査実施機関の登録依頼書

　当院は、下記事項について確認及び了承いたしましたので、もの忘れ検診に係る精密検査実施機関として登録を依頼します。

|  |
| --- |
| 【確認した事項の □ に ☑ を入れてください。】  （確認事項）  □　精密検査（認知症の鑑別診断）を行う医師がいる。  （ただし、診断に必要な検査の一部を、他の医療機関に委ねることは可。）  【名古屋市からの依頼事項にご了承いただける場合は□に☑を入れてください。】  （依頼事項）  □ 精密検査の依頼書（兼認知症精密検査結果連絡票（第5、6号様式））及びもの忘れ検診受診票（写）（第2号様式）を持参した方は、選定療養費の徴収の対象外としていただきますようお願いいたします。  □ すべての検査と診察が終わりましたら、精密検査受診者向け交付セット（助成申請書等が入っている封筒）、認知症精密検査結果連絡票（第6号様式）、領収書及び診療明細書を受診者にお渡しいただきますようお願いいたします。  □ 精密検査の結果について、名古屋市に認知症精密検査結果連絡票（第5号様式）を提　　　　出していただきますようお願いいたします。  □ 費用助成に必要な場合、名古屋市から個別の受診者に関する事項（検査費用・自己負担額など）を照会いたしますので、回答にご協力お願いいたします。  （受診者に同意の上、照会）  □ 精密検査の結果は、その後の経過を診ることになる医療機関（もの忘れ検診を実施した医療機関やかかりつけ医等）へも情報提供いただきますようご協力をお願いいたします。 |

１　医療機関名等

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 診療科名 |  |
| 所　　在　　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 交付セット必要数 | 部（不足した場合は、市までご連絡ください。） |

　注）上記太枠部分は市公式ウェブサイトに掲載されます。電話番号は医院の代表、担当の直通、どちらの番号を記載いただいても構いません。（記載した電話番号が掲載されます。）

２　精密検査の受付時間等

|  |  |
| --- | --- |
| 精密検査の受付時間 | 〇受付時間  〇休診日 |
| 精密検査の予約時から初診までの待機日数  （該当する数字に〇を記入してください） | １．１４日未満　　　　　　　２．１５日以上、１か月未満  ３．１か月以上３か月未満　　４．３か月以上６か月未満  ５．６か月以上 |

　注）上記太枠部分が掲載されます。

３　精密検査の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 貴院で実施する検査すべてに☑を入れてください  （他の医療機関と連携して検査を行う場合は、その旨記載してください。） | |
| 認知機能検査 | * ＭＭＳＥ　　　□ ＡＤＡＳ * ＦＡＢ □ その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 血液検査 | * 血液検査 |
| 画像検査 | * 頭部ＣＴ　　　□ 頭部ＭＲＩ * ＳＰＥＣＴ □ ＤＡＴ * ＭＩＢＧ心筋シンチ　□ＰＥＴ-ＣＴ * その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の検査 | * 脳波検査 * その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

　注）上記太枠部分が掲載されます。

４　もの忘れ検診実施医療機関への情報提供及び本市公式ウェブサイトへの掲載の可否

|  |
| --- |
| 掲載する内容は「１ 医療機関名等」、「２ 精密検査の受付時間」、「３　精密検査の内容」の太枠部分です。  □　すべての内容について、掲載を許可する。  □　一部の内容について、掲載を許可する。  　　　↓（掲載を許可する内容すべてに〇をつけてください。）  　　１　医療機関名等　　２　精密検査の受付時間　　３　精密検査の内容  □　すべて許可しない（登録のみさせていただきます） |

【提出方法】下記提出先まで郵送、FAXまたはEメールにて提出してください（随時受付）

【提出先】〒460-8508　名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

　　　　　　健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課 宛

　　　　　　（TEL：０５２－９７２－２５４９　 FAX：０５２－９５５－３３６７）

（Eメール：a2280@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp）