

精神疾患(認知症)医療連携体制を担う医療機関辞退届

年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号
(記入者氏名)

精神疾患(認知症)医療連携を担う医療機関を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

1 辞退する医療機能(辞退する機能区分に「×」印をつけてください)

	機能区分	機能・目標
	認知症の日常的な診療を行うかかりつけ医	・認知症の早期発見につなげる。 ・認知症の日常的な診療等により、認知症の人の地域での生活を支援する。
	鑑別診断を行う医療施設	・認知症の早期診断・早期対応による認知症の重症化防止を図る。 ・認知症の療養方針を決定し、関係機関と連携し、認知症の人の地域での生活を支援する。
	入院医療施設	・重篤な認知症の周辺症状や身体合併症に対する急性期等の入院治療の提供とともに、早期退院に向け退院支援を行う。

2 辞退理由

()