

神戸市認知症診断助成制度に関する帳票類送付申込書

医療機関名	
郵便番号	
住所	
部署	
担当者名	
電話番号	

FAX宛先
 〒650-8526
 神戸市中央区伊藤町111 神戸商工中金ビル4F
 神戸市行政事務センター
 神戸モデル診断助成制度の係

TEL : 078-381-5533
FAX : 078-381-6675

	申込み書類	部数	※申込み 上限数
共通			
1	認知機能検診のご案内【A3・2つ折り】		20部
2	賠償責任保険・GPS 安心かけつけサービスのご案内【A3・2つ折り】		
3	医師会宛報告用封筒【薄い黄色・角2】		10部
4	認知症神戸モデルのポスター（B3）		
認知機能検診（第1段階）実施医療機関用			
1	認知機能検診のクリアファイルセット（問診票等）		30部
認知機能精密検査（第2段階）実施医療機関用			
1	第2段階受診後の案内用封筒セット【オレンジ色・角2】		30部
2	MCI経過観察受診後の案内用封筒セット【角2茶封筒】		
3	認知機能検診実施医療機関返信用封筒（第2段階→第1段階）【濃い黄色・長形3号】		
4	認知症ケアパス（冊子）		
5	診断様式第2-1号,2-2号,2-3号,第3号		60部
6	診断様式第7-1号,7-2号,7-3号		30部
認知症疾患医療センター用			
1	（疾患医療センター対象者）受診後の案内用封筒セット【オレンジ色・角2・シール無し】		30部
2	（診断助成制度の第2段階）受診後の案内用封筒セット【オレンジ色・角2・シール有り】		30部
3	診断様式第5-1号, 5-2号		60部
「認知症新薬にも対応した第2段階」実施医療機関用			
1	「認知症新薬にも対応した第2段階」受診後の案内用封筒セット【水色・角2】		30部
備考			