



福岡医発第 1930 号 (地)
平成 30 年 10 月 5 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良
(公印省略)

福岡県認知症医療センターの設置に係る新規指定候補病院の募集について

標記の件につきまして、福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課（以下、「推進課」という。）より通知がありましたのでご連絡申し上げます。

本県では、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的として、福岡県認知症医療センター（以下、「センター」という。）が設置されておりますが、下記二次保健医療圏におけるセンターの指定期間が平成 31 年 3 月 31 日に満了することから、今般、別添「福岡県認知症医療センター指定候補病院の募集要領」のとおり、平成 31 年 4 月 1 日以降のセンター運営事業を委託する病院（指定病院）を募集されることとなりました。

対象病院には、推進課より別添「福岡県認知症医療センター指定候補病院の募集要領」が直接送付される他、福岡県庁ホームページにも掲載されることとなっておりますが、申請にあたっては、応募申請書【様式 2】の P 4 にて「郡市医師会からの推薦状があれば、添付してください。」とされておりますので、貴会に対して推薦依頼がある可能性がございます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますとともに、推薦依頼等ございましたらご協力賜りますようお願いいたします。

なお、

- 1) センターについては、今後、地域包括ケアシステムを構築していく上で重要な役割を担うこととなり、地区医師会や市町村行政との密接な連携が求められますので、推薦依頼がございましたら貴会内で慎重にご審議いただきますようお願いいたします。
- 2) 最終的な指定は、推進課により行われます。

記

1. 募集対象二次保健医療圏（各二次保健医療圏に1病院を指定する）

- 宗像保健医療圏（宗像市、福津市）
- 筑紫保健医療圏（筑紫野市、春日市、大野城市、太宰府市、筑紫郡）
- 久留米保健医療圏（久留米市、大川市、小郡市、うきは市、三井郡、三潆郡）
- 有明保健医療圏（大牟田市、柳川市、みやま市）
- 田川保健医療圏（田川市、田川郡）

2. 募集期間

平成30年10月9日（火）から平成30年10月29日（月）まで

	保健所	施設名称	郵便番号	住所1	住所2
1	北筑後	医療法人格心会 蒲池病院	838-0141	小郡市小郡1342-1	
2	北筑後	医療法人協和病院	838-0144	小郡市祇園2-1-10	
3	北筑後	嶋田病院	838-0141	小郡市小郡217-1	
4	北筑後	聖和記念病院	838-0102	小郡市津古字半女寺1470-1	
5	北筑後	本間病院	838-0106	小郡市三沢526	
6	北筑後	医療法人海邦会 松崎記念病院	838-0122	小郡市松崎18-7	
7	北筑後	丸山病院	838-0113	小郡市山隈字弥八郎273-11	
8	北筑後	医療法人オアシス 福岡志恩病院	838-0101	小郡市美鈴が丘1-5-3	
9	北筑後	医療福祉センター 聖ヨゼフ園	830-1226	三井郡大刀洗町大字山隈374-1	
10	久留米市	神代病院	830-1212	久留米市北野町中川900番地1	

平成30年9月18日

公益社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(高齢者地域包括ケア推進課)



福岡県認知症医療センターの設置に係る指定候補病院の募集について

本県の保健医療介護行政につきまして平素から格別の御協力をいただきありがとうございます。

本県は、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的として、福岡県認知症医療センターを設置（以下「センター」という。）していますが、下記の二次保健医療圏におけるセンターの指定期間が平成31年3月31日に満了することから、平成31年4月1日以降のセンター運営事業を委託する病院（指定病院）の候補を募集いたします。

つきましては、別添「福岡県認知症医療センター指定候補病院の募集要領」のとおり募集しますので、貴会会員から、各郡市医師会へ推薦依頼等の御相談がございます場合は、別添「推薦書様式例」にて御協力いただきますようお願いいたします。

なお、募集対象の二次保健医療圏の病院には、当課から周知します。

記

1 募集対象二次保健医療圏（各二次保健医療圏に1病院を指定する）

- 宗像保健医療圏（宗像市、福津市）
- 筑紫保健医療圏（筑紫野市、春日市、大野城市、太宰府市、筑紫郡）
- 久留米保健医療圏（久留米市、大川市、小郡市、うきは市、三井郡、三潞郡）
- 有明保健医療圏（大牟田市、柳川市、みやま市）
- 田川保健医療圏（田川市、田川郡）

【担当】

在宅介護・予防係 上野

TEL 092-643-3250

福岡県認知症医療センター指定候補病院の募集要領

1 目 的

本県は、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的として、「福岡県認知症医療センター」（以下「センター」という。）を設置しています。

今回、5か所の二次保健医療圏における認知症医療センターの指定期間が、平成31年3月31日に満了することから、平成31年4月1日以降のセンター事業を委託する病院（指定病院）の候補を募集します。

2 センターの業務内容

別添「福岡県認知症医療センター運営事業実施要綱（以下「県要綱」という。）」に定める以下の業務

- ア 鑑別診断とそれに基づく初期対応
- イ 周辺症状と身体合併症への急性期対応
- ウ 専門医療相談
- エ 認知症疾患医療連携協議会の開催
- オ 地域の認知症医療従事者、地域包括支援センター等に対する研修の開催
- カ 認知症に関する情報発信（地域での啓発）

3 今回の募集対象二次保健医療圏

- | | |
|------------|-----------|
| ○ 宗像保健医療圏 | ○ 筑紫保健医療圏 |
| ○ 久留米保健医療圏 | ○ 有明保健医療圏 |
| ○ 田川保健医療圏 | |

平成31年3月31日に指定期間が満了する認知症医療センターが存在する5か所の二次保健医療圏に、それぞれ1病院を指定する。

4 応募資格

以下の全ての条件を満たす病院とします。

- (1) 平成29年3月27日老発0327第5号厚生労働省老健局長通知「認知症施策等総合支援事業の実施について」の別添2「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」（以下「国要綱」という。）（県ホームページに資料掲載）の設置基準（地域型）を満たしていること。
- (2) 県要綱に示した事業内容を実施することが可能なこと。
- (3) 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4（一般競争入札の参加者の資格）に規定する一般競争入札に参加できないこととされている者でないこと。

- (4) 福岡県物品購入等に係る物品業者の指名停止措置要綱（平成28年3月28日27総セ第25173号）に基づく指名停止中の者でないこと。
- (5) 福岡県暴力団排除条例（平成21年福岡県条例第59号）に定める暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者でないこと。
- (6) 宗教活動や政治活動を目的とする者でないこと。

5 指定期間

平成31年4月1日から平成34年3月31日までとします。

なお、当該事業における事業内容については、県及び指定病院と協議の上、年度毎に契約を締結するため、委託契約書又はこれに関連する法令等に定められた事項を遵守しない場合は、指定期間の満了を待たずに指定を解除します。

6 委託料

各事業年度の予算の範囲内で決定します。

7 委託対象経費

対象経費はセンターの運営に必要なものとし、その内訳は、賃金、報酬、社会保険料、報償費、旅費、需要費（消耗品、会議費、印刷製本費等）、役務費（通信運搬費、広告料等）、使用料及び賃借料、委託料で構成するものとします。

ただし、診療報酬によりその費用負担がなされるものについては、委託経費の対象に含まないものとします。

8 募集期間

平成30年10月9日（火）から平成30年10月29日（月）まで

9 応募方法等

(1) 提出書類

以下のア～カまでの書類

（ア～エ及びカは正本1部に加えて正本の写しを5部、オは6部提出してください。）

ア 福岡県認知症医療センター応募申請書（様式1）

イ 福岡県認知症医療センター 応募調書（様式2）

ウ 業務履歴書（様式3）

エ 福岡県認知症医療センター事業運営に係る連携体制承諾書（様式4）

オ 病院の業務概要が分かるパンフレット等

カ その他

① 定款又は寄付行為

※法人格を有していない場合は規約等これに類する書類

② 登記事項証明書（全部事項証明書）

※ 法人格を有していない場合は、名称、所在地、設立年月日、代表者の氏名及び住所、目的、資産の総額を記載した書類

③ 決算書等の経営内容が分かる書類（直近のもの）

④ 市町村及び郡市医師会からの推薦書（任意での添付）

(2) 提出方法

持参又は郵送

(3) 提出先

下記13のとおり

(4) 提出期限

平成30年10月29日（月）必着

(5) 応募に関する質問

ア 受付期間

平成30年10月16日（火）17時まで

イ 質問方法

質問書（様式5）に記入し、ファックス又は電子メールで下記13まで送付してください。

ウ 回答

平成30年10月22日（月）までに県のホームページ上に掲載します。

10 指定病院の選定

(1) 選定方法

提出された書類を審査して、県が選定します。

なお、必要に応じて、書類選考に加えて応募者からのヒアリングや提出書類に関し市町村等関係機関からの意見を聴取します。また、参考資料等の追加提出をお願いすることがあります。

(2) 審査項目

ア 運営方針

イ 事業実施体制

ウ 事業実施計画

エ 実績

(3) 結果

結果は応募者全員に文書で通知します。

(4) その他

指定に関する異議には一切応じません。

11 応募者の失格

次のいずれかに該当する場合は失格とします。

(1) 応募資格のない者が応募申請書を提出した場合

- (2) 提出期限を過ぎて応募申請書を提出した場合
- (3) 提出書類に虚偽の記載があった場合
- (4) 破産等、契約履行が困難と認められる場合
- (5) 審査の公平性を害する行為があった場合
- (6) 前各号に定めるもののほか、申請に当たり著しく信義に反する行為があった場合

1.2 その他留意事項

- (1) 応募に関する費用は、すべて応募者の負担とします。
- (2) 提出された書類は一切返却しません。
- (3) 応募申請書提出後の申請内容の変更は一切認めません。
- (4) 提出された書類について、福岡県が本案件の報告、公表等のために必要な場合は、その内容が無償で利用できるものとします。
- (5) 本案件に係る情報公開請求があった場合は、福岡県情報公開条例に基づき、提出書類を公開する場合があります。

1.3 提出・問い合わせ先

福岡県 保健医療介護部 高齢者地域包括ケア推進課
在宅介護・予防係 担当：上野・庄嶋
〒812-8577 福岡県福岡市博多区東公園7番7号
電話 092-643-3250
FAX 092-643-3253
E-mail korei@pref.fukuoka.lg.jp

福岡県認知症医療センター 応募申請書

平成 年 月 日

福岡県知事 殿

住 所

法人等名

代表者名

印

福岡県認知症医療センター指定病院について、下記のとおり関係書類を添えて応募します。

記

- 1 福岡県認知症医療センター 応募調書（様式 2）
- 2 業務履歴書（様式 3）
- 3 福岡県認知症医療センター事業運営に係る連携体制承諾書（様式 4）
- 4 病院の業務概要が分かるパンフレット等
- 5 その他
 - ア 定款又は寄付行為
※法人格を有していない場合は規約等これに類する書類
 - イ 登記事項証明書（全部事項証明書）
※法人格を有していない場合は、名称、所在地、設立年月日、代表者の氏名及び住所、目的、資産の総額を記載した書類
 - ウ 決算書等の経営の内容が分かる書類（直近のもの）
 - エ 免許・資格については、必ず免許証等の写しを添付
 - オ 市町村及び郡市医師会からの推薦書（任意での添付）

担当部署名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

メールアドレス _____

福岡県認知症医療センター 応募調書

I 病院の概要

病 院 の 名 称		
病 院 の 所 在 地		
開 設 者		
病 院 管 理 者 名		
診 療 科 目		
病 床 数	一 般	床
	精 神	床
	そ の 他	床
	計	床
他 の サ ー ビ ス の 併 設 状 況 ※具体的なサービス種別 を記載 ※該当の無い欄は「なし」と 記入	医療保険サービス	
	介護保険サービス	
	地域包括支援センター	

Ⅱ 運営方針に関すること

福岡県認知症医療センター（以下「センター」という。）を運営する際の実行方針等をご記入ください。

1 センター運営の考え方

本県指定のセンターとしての運営方針を記載してください。また、特に力を入れたいと考える役割があれば示してください。

2 医療相談業務について

本県指定のセンターとして、専門医療相談業務（専門医療機関との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整）の実行方針について記載してください。また、特に力を入れたいと考える役割があれば示してください。

3 保健医療・介護機関等の関係機関との連携状況と今後の取組について

センターを運営する上での関係機関との現在の連携状況、及び今後の連携方法（鑑別診断後の関係機関への紹介、かかりつけ医へのサポート体制等の連携方法、地域包括支援センターとの連携による初期対応や、介護保険機関等との連携方法）や連携を円滑にするための取組等を記載してください。

また、病院が所在する二次保健医療圏内の都市医師会、市町村及び地域包括支援センター等からの推薦状があれば、添付してください。

4 職員の研修体制について

センター職員の資質向上のための取組について記載してください（研修の体系、計画や実施状況等）。

5 特記すべき事項

その他、センターの運営に関して特記すべき事項があれば具体的に記載してください。

Ⅲ 事業実施体制に関すること

1 専門医療相談体制について

※該当する□にレ点を入れ、必要事項をご記入ください。

(1) 医療相談室の設置	☐ 専用電話・専用窓口を備えた医療相談室を既に設置している。 ☐ 今は設置していないが、指定されるまでに専用電話・専用窓口を備えた医療相談室を確保できる。
(2) 対応する部署	
(3) 専門医療相談対応予定日	実施曜日： 実施時間： 時 ～ 時
(4) その他	専用電話・専用窓口以外の設備があれば記載してください。

※組織図を添付すること

2 人員体制について

※該当する□にレ点を入れ、必要事項をご記入ください。欄が足りない場合は、追加してご記入ください。

(1) 専任の医師

氏 名	学会名・資格要件等名 ☐ ※5年以上の臨床経験を有する場合は業務履歴書（様式3）を添付してください。	所属部署
	☐ 日本老年精神医学会 ☐ 日本認知症学会 ☐ 認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する。経験年数（ 年）	
	☐ 日本老年精神医学会 ☐ 日本認知症学会 ☐ 認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する。経験年数（ 年）	
	☐ 日本老年精神医学会 ☐ 日本認知症学会 ☐ 認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する。経験年数（ 年）	
	☐ 日本老年精神医学会 ☐ 日本認知症学会 ☐ 認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する。経験年数（ 年）	

(2) 専任の臨床心理技術者

氏 名	資 格 名 称	所 属 部 署

(3) 常勤専従の精神保健福祉士又は保健師等（地域包括支援センターとの連絡調整業務）

氏 名	資 格 名 称	所 属 部 署

(4) 専任の精神保健福祉士又は保健師等（医療相談室の他の業務）

氏 名	資 格 名 称	所 属 部 署

3 診療体制について

(1) 認知症の診療科について

※該当する□にレ点を入れ、必要事項をご記入ください。

☐ 専門外来で基本的に対応し、他の診療科でも対応している。

	対応標榜科名	診療日数	時 間
専門外来		週 日	時 分から 時 分まで
他の診療科		週 日	時 分から 時 分まで

☐ 専門外来のみで対応し、それ以外の診療科では対応していない。

	対応標榜科名	診療日数	時 間
専門外来		週 日	時 分から 時 分まで

☐ 専門外来ではないが、認知症に対応している診療科がある。

	対応標榜科名	診療日数	時 間
他の診療科 ※複数可		週 日	時 分から 時 分まで

(2) 検査体制

※該当する□にレ点を入れ、必要事項をご記入ください。

血液検査 尿一般検査 心電図検査 神経心理検査 コンピュータ断層撮影装置(CT)検査	☐ すべて院内で実施できる。 保有する機器の台数 心電図検査 () 台 コンピュータ断層撮影装置(CT) () 台
磁気共鳴画像装置(MRI)検査	☐ 院内で実施できる 保有する検査機器台数 () 台 ☐ 院内ではできないが、連携先病院で実施できる 連携先病院 ()
脳血流シンチグラフィ(SPECT)検査	☐ 院内で実施できる 保有する検査機器台数 () 台 ☐ 院内ではできないが、連携先病院で実施できる 連携先病院 ()

(3) 病床

※該当する□にレ点を入れ、必要事項をご記入ください。

☐ ア 認知症疾患の 周辺症状に対する急性 期入院治療を行う 精神病床、及び身体 合併症に対する急性 期入院治療を行うこ とができる一般病床 のどちらも有する	精神病床数：
	一般病床数：
☐ イ 認知症疾患の 周辺症状に対する急性 期入院治療を行う ことができる精神病 床を有する (アを除く)	精神病床数：
	身体合併症に対する急性期入院治療について連携ができる病院
☐ ウ 身体合併症に 対する急性期入院治 療を行うことができ る一般病床を有する (アを除く)	一般病床数：
	認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における急性期入院治療について連携ができる病院

(4) 連携体制

3(2)検査体制及び3(3)病床について、他病院との連携を行う場合のそれぞれの病院概要及び連携する機能を明記してください。

また、それぞれの病院について様式4「連携体制承諾書」を添付してください。

1	連携する病院名	
	病院所在地	〒
	病床種別及び 届出・許可病床数	
	診療科目	
	診 療 日	
	貴病院からの移動 距離・時間	距離： Km 時間： 分 (移動手段：)
	連携の種類	()に関する連携
2	連携する病院名	
	病院所在地	〒
	病床種別及び 届出・許可病床数	
	診療科目	
	診 療 日	
	貴病院からの移動 距離・時間	距離： Km 時間： 分 (移動手段：)
	連携の種類	()に関する連携

3	連携する病院名	
	病院所在地	〒
	病床種別及び届出・許可病床数	
	診療科目	
	診療日	
	貴病院からの移動距離・時間	距離： Km 時間： 分 (移動手段：)
	連携の種類	() に関する連携
4	連携する病院名	
	病院所在地	〒
	病床種別及び届出・許可病床数	
	診療科目	
	診療日	
	貴病院からの移動距離・時間	距離： Km 時間： 分 (移動手段：)
	連携の種類	() に関する連携

IV 事業実施計画

1 認知症に関する医療及び専門医療相談に係る計画

※1か月の実施予定件数をご記入ください。

	平成30年度 (1か月間の予定件数)	平成31年度 (1か月間の予定件数)
(1) 認知症の診断・治療について		
ア 認知症の初期診断件数	件	件
イ 認知症の鑑別診断件数	件	件
※入院先の紹介	件	件
ウ 合併症・周辺症状の初期診断及び治療	件	件
エ 合併症状及び周辺症状の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報の把握	件	件
(2) 専門医療相談について		
ア 初診前医療相談 (患者・家族等からの相談)		
① 電話相談	件	件
② 面談	件	件
③ 医療機関等へ紹介の件数	件	件
イ 地域包括支援センターとの連絡調整	件	件
ウ その他機関との情報収集・提供	件	件

2 地域連携推進に係る業務

※該当する□にレ点を入れ、必要事項をできるだけ具体的にご記入ください。

実施計画（予定）

(1) 認知症疾患医療連携協議会の開催	☐ 有 30年度予定回数()回 時期・内容・参加予定者 ☐ 無
(2) 認知症に関する理解を促す普及啓発や情報発信	☐ 有 30年度予定回数()回 時期・内容・対象者 ☐ 無
(3) 認知症医療従事者、保健・介護機関関係者等への研修等の開催	☐ 有 30年度予定回数()回 時期・内容（テーマや対象者、対象人数等） ☐ 無
(4) 認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修の開催	☐ 有 30年度予定回数()回 時期・内容（テーマや対象者、対象人数等） ☐ 無
(5) 他の機関が実施する認知症医療に関する研修への協力	☐ 有 30年度予定回数()回 ・ ☐ 無 時期・内容（テーマや対象者、対象人数等）・協力予定の機関 ☐ 無

V 実績に関する項目（平成29年度）

※該当する□にレ点を入れ、必要事項をご記入ください。

1 認知症に関する相談及び診断

(1) 専門医療相談（面接・電話を含む）		☐ 実績あり 件 ☐ 実績なし
(2) 鑑別診断	ア 鑑別診断	☐ 実績あり 件 ☐ 実績なし
	① MRI 検査を実施した件数	☐ 自院で実績あり 件 ☐ 自院では無く他院に 依頼した実績あり 件 ☐ 自院又は他院で実績はあるが、 件数は不明 ☐ 実績がない
	② SPECT 検査を実施した件数	☐ 自院で実績あり 件 ☐ 自院では無く他院に 依頼した実績あり 件 ☐ 自院又は他院で実績はあるが、 件数は不明 ☐ 実績がない
	③ 臨床心理技術者による神経 心理検査を実施した件数	☐ 自院で実績あり 件 ☐ 自院では無く他院に 依頼した実績あり 件 ☐ 自院又は他院で実績はあるが、 件数は不明 ☐ 実績がない
(3) 認知症疾患の周辺症状の急性期入院治療の実績		☐ 自院で実績あり 件 ☐ 自院では無く他院に 依頼した実績あり 件 ☐ 自院又は他院で実績はあるが、 件数は不明 ☐ 実績がない
(4) 認知症疾患の周辺症状に身体疾患が合併した急性 期入院治療の実績		☐ 自院で実績あり 件 ☐ 自院では無く他院に 依頼した実績あり 件 ☐ 自院又は他院で実績はあるが、 件数は不明 ☐ 実績がない

2 研修の開催及び情報発信等

(1) 関係する学会や研究会等での発表実績や、自院職員に対する認知症医療についての研修実績	☐学会や研究会での発表の実績あり ※実績一覧(学会名、研究テーマ、発表者等)を添付すること ☐学会や研究会での発表実績なし ☐自院職員に対して認知症医療に関する研修を実施している。 ※研修実績が分かる資料を添付すること ☐実施していない
(2) 院外の保健医療・介護機関関係者等を対象とした認知症に関する研修の開催実績	☐実績あり ※実施内容が分かる資料を添付すること 開催回数： 対象者： 受講者数： 研修内容： ☐実績なし
(3) 認知症の人の家族や地域住民を対象とした認知症に関する研修や講演会の開催実績	☐実績あり ※実施内容がわかる資料を添付すること 開催回数： 研修対象者： 受講者数： 開催内容： ☐実績なし
(4) 地域の関係機関との連携を目的とした連絡会等の開催実績(認知症疾患に関する連携を目的としたもの以外を含む)	☐実績あり ※実施内容がわかる資料を添付すること 開催回数： 参加機関： 開催内容： ☐実績なし
(5) 自院の事業内容等についての広報の実績	☐広報媒体があり、広報の実績あり ☐ホームページ ☐広報誌 ☐その他 () ☐実績なし

業務履歴書

認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師について、作成してください。

1 氏名等

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年	月	日

2 免許・資格 ※免許証等の写しを添付(必須)

- 1 _____ (取得年月日: _____)
- 2 _____ (取得年月日: _____)
- 3 _____ (取得年月日: _____)

3 所属学会

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

4 業務履歴

年 月	部署・業務内容等

福岡県認知症医療センター事業運営に係る連携体制承諾書

平成 年 月 日

様

住 所

病院名

院長名

平成29年3月27日厚生労働省老健局長通知老発0327第5号「認知症施策等総合支援事業の実施について」別添2「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」3の(2)のアの(ウ)及び(エ)について、〇〇〇病院と連携体制を取ることを承諾します。

具体的な連携項目は次のとおりです。

※該当項目にチェックし連携に関する合意事項を記入

1 検査体制に関する連携

- ☐ 磁気共鳴画像装置 (MRI) 検査
- ☐ 脳血流シンチグラフィ (SPECT) 検査

連携に関する合意事項

2 入院病床に関する連携

- ☐ 認知症疾患の周辺症状に対する入院医療等
- ☐ 身体合併症に対する入院治療等

連携に関する合意事項

3 〇〇病院との位置関係

別添地図のとおり (※地図を添付)

福岡県 保健医療介護部 高齢者地域包括ケア推進課 上野 宛

FAX : 092-643-3253

E-mail : korei@pref.fukuoka.lg.jp

※ 質問の受付は、10月16日（火）17時までとします。

平成30年 月 日

質 問 書

病 院 名		
質問者連絡先	担 当 部 署 名	
	担当者職・氏名	
	電話番号(内線番号)	
	F A X 番 号	
	E - m a i l	

質問項目	
(内 容)	

※質問項目が複数ある場合は、項目ごとに質問書を作成してください。

(推薦書様式例)

平成 年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地

団 体 名

代表者名

印

福岡県認知症医療センター指定候補病院の推薦について

今般、〇〇保健医療圏における、福岡県認知症医療センター指定候補病院の募集にあたり、下記医療機関を推薦いたします。

記

- 1 医療機関名 〇〇会〇〇病院
- 2 所 在 地 福岡県〇〇市〇〇〇-〇-〇
- 3 開 設 者 名 〇〇 〇〇 (代表者氏名 〇〇 〇〇)
- 4 推 薦 理 由、.。
- 5 優先順位 位