

年　　月　　日

認知症地域連携クリティカルパス同意書

私は、認知症にかかる保健医療福祉機関との連携及び介護保険事業所等とサービスを利用する上で必要な情報提供に同意します。

ご本人

ご家族

(続柄)

TEL

医療機関名

担当医師氏名