札幌市認知症疾患医療センター運営事業に係る連携体制承諾書

　　　　年　　月　　日

（設置主体の名称）

（代表者（職名）氏名）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

札幌市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱第10条（指定基準）について（医療機関名）と連携体制をと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）

⑴　神経画像検査体制に関する連携

①　連携の項目

□　コンピュータ断層撮影装置（ＣＴ）

□　脳血流シンチグラフィ（ＳＰＥＣＴ）

②　連携に関する確認事項

③（医療機関名）との位置関係

別添地図のとおり（任意様式）

　⑵　アミロイドＰＥＴ又は脳脊髄液（ＣＳＦ）検査体制に関する連携

　　①　連携の項目

　　　□　アミロイドＰＥＴ検査

　　　□　脳脊髄液（ＣＳＦ）検査

　　②　連携に関する確認事項

　　③（医療機関名）との位置関係

　　　　別添地図のとおり（任意様式）