**認知症カフェ　実施記録　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カフェ名 |  | 記入者名 |  |
| 日　時 | 月　　　　　日　　　　　：　　　　　～　　　　：　　　　 |
| 参加者数（人） | 参加者 | 運営スタッフ |
| 認知症の人 | 家族 | 地域住民 | 専門職 | その他 | 専門職 | 専門職以外 | ボランティア |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 専門職 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　資格名： |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　資格名： |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　資格名： |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　資格名： |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　資格名： |
| ※　専門職を複数名配置している場合は、全員の氏名・資格名を記載してください。 |
| 活動内容 | 実施した内容について、チェックを記載してください。□　認知症の人及び家族等が安心して集い、交流する場の提供と交流の促進　　　（プログラム等の具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　認知症の人及び家族等からの相談に対する助言の実施□　認知症に関する本市の施策や地域におけるサービスに関する情報提供□　認知症に関する知識を深めるための講習会等の実施等　　　（具体的な実施内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　家族等の介護者の不安・負担を軽減するような取組 |
| 備　考（課題等） |  |

※　この実施記録は毎回作成してください。

※　年度末に「支援対象事業実績報告書」と一緒に提出してください。

※　この様式は市ホームページからダウンロードできます。