

様式第10号（第11条関係）

利根町認知症カフェ事業実施報告書

カフェ名称： _____

	No.	日時・時間	実施内容	利用者数	スタッフ	
	実施日時・内容・人数	1	月 日 () : ~ :		人	専門職
2		月 日 () : ~ :		人	その他	人
3		月 日 () : ~ :		人	専門職	人
4		月 日 () : ~ :		人	その他	人
5		月 日 () : ~ :		人	専門職	人
6		月 日 () : ~ :		人	その他	人
7		月 日 () : ~ :		人	専門職	人
8		月 日 () : ~ :		人	その他	人
9		月 日 () : ~ :		人	専門職	人
10		月 日 () : ~ :		人	その他	人
11		月 日 () : ~ :		人	専門職	人
12		月 日 () : ~ :		人	その他	人
相談内容	相談区分	相談件数	事業評価課題			
	認知症の症状について	件				
	病院受診について	件				
	関わり方について	件				
	介護保険サービスについて	件				
	その他	件				