

LoGo フォームを使用した とうきょうオレンジドクター 認定申請マニュアル

とうきょうオレンジドクター 申請手順

※こちらの申請につきましては、地域包括支援センターとの合意書を取り交わした後に、行ってください。

とうきょうオレンジドクターは、「LoGo フォーム」より申請を行う必要があります。

「LoGo フォーム」は、以下の URL または QR コードより、アクセスをお願いいたします。

URL : <https://logofrm.jp/form/tmgform/1627570>

Logo フォーム

QR コード →



◆1. 地域包括支援センターと合意書の取り交わしを行ってください。

合意書の受け渡しにつきましては、区市町村の内部事情等により、当日合意書をお渡しできない場合がございます。訪問日時等、事前連絡を必ず行ってください。

なお、合意書の原本はご自身で保管いただき、写しを所属または近隣の地区医師会へご提出ください。

◆2. LoGo フォーム「とうきょうオレンジドクター」申請 受付フォームへアクセスし、必要事項を入力してください。

※認知症サポート医の取得年 以外は全て入力が必要となっております。

とうきょうオレンジドクター申請フォーム

入力フォーム

1 入力

2 確認

3 完了

下記のフォームにご入力をお願いします。

「とうきょうオレンジドクター」申請 受付フォーム

「とうきょうオレンジドクター」の申請受付フォームです。

「とうきょうオレンジドクター」の詳細等につきましては、以下URLに掲載しております。
https://www.ninchishounavi.metro.tokyo.lg.jp/torikumi/support_v/orange_doctor/

また、認知症サポート医としてのご自身の登録状況をご確認される際には、以下URLよりご確認ください。
「とうきょう認知症ナビ 認知症サポート医名簿」
https://www.ninchishounavi.metro.tokyo.lg.jp/soudan/support_meibo/

※認知症サポート医の登録内容に変更がある場合は、所定の様式をご提出ください。
様式については、以下URLよりダウンロードいただけます。
「[様式]「認知症サポート医名簿」掲載情報変更・削除・新規追加届」
https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/soudan/iryou_kikan/support_meibo/doc

<問い合わせ先>
公益社団法人東京都医師会 医療介護福祉課
TEL 03-3294-8835
E-mail iryoufukushi@tokyo.med.or.jp

☐ 合意書を地域包括支援センターと取り交わしている。

申請者情報（とうきょうオレンジドクター）

氏名 必須

氏フリガナ 必須

生年月日 必須

電話番号 必須

こちらをクリックすると、下のようなカレンダーが表示されます。

スクロールし、年→月→日の順にクリックしていくと入力が完了します。

【例】1970年5月8日生まれの場合

2026年(令和8年)

2025年(令和7年)

2024年(令和6年)

2023年(令和5年)

2022年(令和4年)

2021年(令和3年)

2020年(令和2年)

→

2025年(令和7年)

1973年(昭和48年)

1972年(昭和47年)

1971年(昭和46年)

1970年(昭和45年)

1969年(昭和44年)

1968年(昭和43年)

1967年(昭和42年)

1966年(昭和41年)

↓

1970年(昭和45年)

1970年(昭和45年)

1月

2月

3月

4月

5月

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

→

1970年(昭和45年)

1970年(昭和45年)05月

日

月

火

水

木

金

土

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

→

生年月日

生年月日 必須

1970-05-08

メールアドレス

メールアドレス 必須

メールアドレス (確認) 必須

0 / 128

0 / 128

認知症サポーター医の取得年（西暦を4桁の数字で記載してください）

※不明の場合は、入力いただく必要はありません。

所属医療機関名 必須

0 / 60000

主たる診療科 必須

勤務する医療機関の所在地（区市町村名） 必須

勤務する医療機関の所在地（郵便番号） 必須

例：163-8001

勤務する医療機関の所在地（丁目字番地） 必須

例：西新宿2-8-1

勤務する医療機関の電話番号 必須

例：03-1234-5678

勤務する医療機関の所在を所管する地区医師会 必須

認定要件について

☐ 【2 新規認定要件 (1)】ア 認知症診療歴を5年以上有している。

☐ 【2 新規認定要件 (1)】イ (ア) 又は (イ) の実績を有している。 (ア) 診療件数10名以上/月 (イ) 在宅診療件数3名以上/月

こちらに入力されたメールアドレスに、申請受付の完了メールが届きます。

こちらをクリックすると、下のような一覧が表示されます。
スクロールをし、該当の区市町村を選択してください。

1千代田区
2中央区
3港区
4新宿区
5文京区

こちらをクリックすると、下のような一覧が表示されます。
スクロールをし、該当の医師会を選択してください。

1千代田区医師会
2神田医師会
3中央区医師会
4日本橋医師会
5港区医師会

受講回数を入力した後、3回以上であれば、
こちらにチェックを入れてください。

こちらをクリックし、東京都福祉局の「とうきょう認知症ナビ」にある
認知症サポート医名簿から、ご自身の受講回数をご確認ください。
確認方法は、「資料6. 認知症サポート医等フォローアップ研修
参加回数確認方法」をご参照ください。

フォローアップ研修の回数 必須

☐ 【2新規認定要件(1)】ウ 令和6年4月1日から認定申請を行うまでの間に、認知症支援推進センターが実施する認知症サポート医フォローアップ研修を3回以上修了している。

認知症サポート医としてのご自身の登録状況をご確認される際には、以下URLよりご確認ください。

「とうきょう認知症ナビ 認知症サポート医名簿」

https://www.ninchishounavi.metro.tokyo.lg.jp/soudan/support_meibo/

令和6年度の認知症サポート医フォローアップ研修の受講回数を記入してください。(回答例：2回)

0 / 60000

令和7年度の認知症サポート医フォローアップ研修の受講回数を記入してください。(回答例：2回)

0 / 60000

令和8年度の認知症サポート医フォローアップ研修の受講回数を記入してください。(回答例：2回)

0 / 60000

医師の	R05	R06	R07
	3	4	3

認知症サポート医名簿にてご自身の氏名を検索すると、右側に上記が表示されます。

こちらは、各年度のご自身の認知症サポート医等フォローアップ研修の受講回数です。

R06(令和6年度)、R07(令和7年度)に表示された数字を、それぞれ各年度の箇所に入力してください。

また、令和8年度の受講については年度末に反映される予定のため、令和8年度の分の受講に関しては、ご自身の把握されている回数を入力してください。

なお、申請するには、今年度の申請時まで合計3回以上の受講が必須となっております。

☐【2 新規認定要件（1）】オ 都が行う下記調査（1～5）において、すべてに対応可能と回答し、かつ公表に同意している。

1.地域包括支援センターからの相談対応について（主治医以外の場合） 必須

自らが主治医として関わる認知症（もしくは認知症疑い）の方以外について、地域包括支援センターからの相談に応じ、助言と支援を行うことが可能ですか 必須

☐ 対応可能（これまでに対応したことがある）
☐ 対応可能（これまでに対応したことがない）

2.認知症初期集中支援チームへの参加について 必須

所属する区市町村の認知症初期集中支援チームへチーム員として参加することが可能ですか 必須

☐ 対応可能（これまでに対応したことがある）
☐ 対応可能（これまでに対応したことがない）

3.認知症検診に関する事業への参加について

所属する区市町村で認知症検診に関する事業に参加することが可能ですか
（所属する区市町村でそうした事業がない、もしくはあるかどうか分からない場合には、ある場合を想定して回答してください）

※「認知症検診」について
東京都では、認知症に関する正しい知識の普及啓発と認知症検診を推進する区市町村の取組を支援し、早期診断・対応の促進を図っています。
「認知症検診」を実施している区市町村においては、認知症に関する普及啓発とともに、認知機能検査を行う検診及び検診後支援等が行われており、「認知症サポート医」は検診を実施する医師の要件となっています。

☐ 対応可能（これまでに対応したことがある）
☐ 対応可能（これまでに対応したことがない）

4.本人・家族介護者等を対象とした取組への参加について 必須

認知症カフェ等の、本人や家族介護者等を対象とした取組に参加することが可能ですか 必須

☐ 対応可能（これまでに対応したことがある）
☐ 対応可能（これまでに対応したことがない）

5.研修への協力及び講師としての参加について 必須

住民向けの講演会や専門職向けの研修等に関して、企画立案への協力や、講師としての参加が可能ですか 必須

☐ 対応可能（これまでに対応したことがある）
☐ 対応可能（これまでに対応したことがない）

公表への同意について 必須

☐ 上記 1～5 について、「とうきょう認知症ナビ」に名簿とともに公表することに同意します。

☐【2 新規認定要件（2）】暴力団員等（※1）に該当しない。
（※1）「暴力団員等」とは、東京都暴力団排除条例（平成23年東京都条例第54号）第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団関係者をいう。

その他認定に係る同意について

☐ 1.現在公表されている認知症サポート医名簿の情報から変更がある場合は、「とうきょうオレンジドクター」の申請をもって、認知症サポート医名簿の情報を更新する。
☐ 2.次の（a）～（b）に該当する場合に、東京都に速やかに認定証を返納する。
（a）都外の医療機関等に異動する等の事由により、「とうきょうオレンジドクター」の活動を継続できなくなったとき。
（b）認定を取り消されたとき。

→ 確認画面へ進む

入力内容を一時保存する

こちらは、様式3「認知症サポート医 名簿公表に係る同意確認書」と同じ内容のものです。

とうきょうオレンジドクターへの申請にはこれらすべてに「対応可能」である必要がございます。

なお、“とうきょう認知症ナビ”に名簿とともに1～5の項目について公表することに同意する必要があります。

過去にご提出いただいた内容にかかわらず、こちらが最新の内容として、受付をいたします。

◆3. すべての入力完了しましたら、最下部にある「→確認画面へ進む」をクリックしてください。

（a）都外の医療機関等に異動する等の事由により、「とうきょうオレンジドクター」の活動を継続できなくなったとき。
（b）認定を取り消されたとき。

→ 確認画面へ進む

入力内容を一時保存する

◆4. 入力した内容を確認し、問題がなければ、「送信」をクリックしてください。

※入力内容を訂正する場合は、「← 1 つ前の画面に戻る」をクリックし、訂正を行ってください。

【入力例】

入力フォーム

1 入力

2 確認

3 完了

入力内容確認

合意書を地域包括支援センターと取り交わしている。

申請者情報（とうきょうオレンジドクター）

氏名

東京 太朗

氏名フリガナ

トウキョウウ タロウ

生年月日

1970年5月8日

電話番号

0332948835

メールアドレス

iriyoutukushi@tokyo.med.or.jp

認知症サポート医の取得年（西暦を4桁の数字で記載してください）

2,015 年

所属医療機関名

テスト医院

主たる診療科

内科

勤務する医療機関の所在地（区市町村名）

1千代田区

勤務する医療機関の所在地（郵便番号）

101-8328

勤務する医療機関の所在地（丁目字番地）

神田駿河台 2-5

勤務する医療機関の電話番号

0332948821

勤務する医療機関の所在を所管する地区医師会

1千代田区医師会

【2 新規認定要件（1）】ア 認知症診療歴を5年以上有している。

【2 新規認定要件（1）】イ（ア）又は（イ）の実績を有している。（ア）診療件数10名以上/月（イ）在宅医療件数3名以上/月

フォローアップ研修の回数

【2 新規認定要件（1）】ウ 令和6年4月1日から認定申請を行うまでの間に、認知症支援推進センターが実施する認知症サポート医フォローアップ研修を3回以上修了している。

4

3

1

【2 新規認定要件（1）】エ 都内の地域包括支援センターとの合意書を取り交わしている。

てすと地域包括支援センター

【2 新規認定要件（1）】オ 都が行う下記調査（1～5）において、すべてに対応可能と回答し、かつ公表に同意している。

1.地域包括支援センターからの相談対応について（主治医以外の場合）

自らが主治医として関わる認知症（もしくは認知症疑い）の方以外について、地域包括支援センターからの相談に応じ、助言と支援を行うことが可能ですか

対応可能（これまでに対応したことがある）

2.認知症初期集中支援チームへの参加について

所属する区市町村の認知症初期集中支援チームへチーム員として参加することが可能ですか

対応可能（これまでに対応したことがない）

対応可能（これまでに対応したことがない）

4.本人・家族介護者等を対象とした取組への参加について

認知症カフェ等の、本人や家族介護者等を対象とした取組に参加することが可能ですか

対応可能（これまでに対応したことがない）

5.研修への協力及び講師としての参加について

住民向けの講演会や専門職向けの研修等に関して、企画立案への協力や、講師としての参加が可能ですか

対応可能（これまでに対応したことがない）

公表への同意について

上記1～5について、「とうきょう認知症ナビ」に名簿とともに公表することに同意します。

【2 新規認定要件（2）】専任団員等（※1）に該当しない。

1.現在公表されている認知症サポート医名簿の情報から変更がある場合は、「とうきょうオレンジドクター」の申請をもって、認知症サポート医名簿の情報を更新する。

2.次の（a）～（b）に該当する場合に、東京都に速やかに認定証を返納する。

← 1 つ前の画面に戻る

→ 送信

申請内容について、お問い合わせをさせていただく場合がありますので、よろしくお願いいたします。