

氏名	
«要介護度認定» <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	«障害等認定» <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

«緊急連絡先»	
氏名	(続柄)
住所	
電話①	電話②
※その他連絡先情報	

«ケアマネジャー» <input type="checkbox"/> 配布元 (配布時に☑します)		
記入日	名称	連絡先
年		
月 日		

«地域包括支援センター» <input type="checkbox"/> 配布元 (配布時に☑します)		
記入日	名称	連絡先
年		
月 日		

«医療機関・薬局・その他» <input type="checkbox"/> 配布元 (配布時に☑します)		
記入日	名称	連絡先
年		
月 日		

## 医療と介護 連携シート

どのような医療・介護サービスを利用しているのか関係者が把握し、多職種連携をスムーズに行うためのツールです。



### 【ご本人、ご家族の方へ】

医療機関・介護事業所に、このシートを貼ったおくり手帳をご提出ください。

### 【医療・介護関係者へ】

ご本人が利用中の医療機関・介護事業所等をご記入・ご確認いただき、他施設との情報共有にご活用ください。

※お問い合わせ先: ささえりあ水前寺 096-362-0065

### ご本人同意欄 ( にチェックを入れてください )

このシートの利用方法について説明を受け、記入されている情報を、医療・介護の関係機関と共有することに同意します。

※お薬手帳に貼付する際は、この部分をのり付けください。

