

医療・介護連絡シート

氏名:

要介護度:

障害者手帳: 有・無

緊急連絡先:

ケアマネジャー:
連絡先:

居宅介護支援事業所:

このシートは、**様(ご本人、ご家族等の同意**

を得て)に関わる全ての職種が情報を共有すること

で、医療と介護と福祉の連携を密にし、より快適にご自

宅で過ごしていただくことを目的としています。

医療・介護・福祉に携わる方、または御自身で 記入

していただけます。

疾患名:

主治医: 医療機関名:

【既往歴】

【禁忌・注意事項】

【アリキー・副作用】

【介護上の注意点】

なお、このシートにつきまして不明な点がございましたら、

下記までご連絡下さい。

旭川居宅介護支援事業所等連絡協議会事務局

連絡先:090-2059-7000

事業所名	担当者	連絡先	利用内容

※利用内容変更や担当者変更があった場合には、新たに書き直して下さい。

※介護保険サービス以外の内容もお書き下さい。