

ご本人 氏名	
《要介護度認定》 □あり □なし	《障害等認定》 □あり □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	

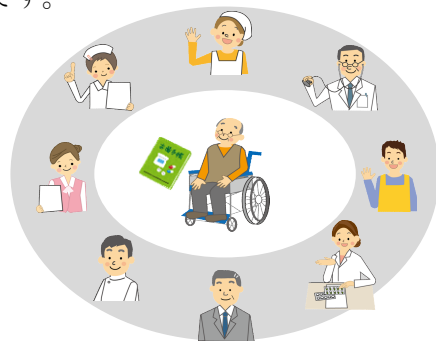
《ケアマネジャー》 □配布元 (配布時に☑します)		
記入日	名称	連絡先
年		
月 日		

《地域包括支援センター》 □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》 □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す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

公益社団法人 熊本県薬剤師会 TEL. 096-370-5800

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。

記入日	診療科等	名称・連絡先
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

記入日	名称・連絡先
年 月 日	

[illegible]