

疾患名: _____

主治医: _____ 医療機関名: _____

【既往歴】

【禁忌・注意事項】

【アレルギー・副作用】

【介護上の注意点】

なお、このシートにつきましてご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

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 記入していきましょう。

疾患名: _____

主治医: _____ 医療機関名: _____

【既往歴】

【禁忌・注意事項】

【アレルギー・副作用】

【介護上の注意点】

なお、このシートにつきましてご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

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 記入していきましょう。

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。

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。