医療と介護の多職種連携・連絡ノート

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

情報共有連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| ＜質問者＞ | 　　　　年　　　月　　　日（　　）　記入者氏名 |
| ご本人ご家族ケアマネジャーかかりつけ医薬剤師訪問歯科医訪問看護師介護スタッフ地域包括支援センターその他（　　　　　　　　） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ＜回答者＞ | 　　　　年　　　月　　　日（　　）　記入者氏名 |
| ご本人ご家族ケアマネジャーかかりつけ医薬剤師訪問歯科医訪問看護師介護スタッフ地域包括支援センターその他（　　　　　　　　） |  |

|  |
| --- |
| 確認者サイン　　　　お読みになった方は、日付とサインを記入してください。 |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　久喜市在宅医療・介護連携推進会議