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