|  |
| --- |
| 連携シート　（おくすり手帳版） |
| お名前： 様 | （記入：　　年　　月　　日） |  | 連絡欄 |  |
| 要介護： （　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） | 　　 |
| ケアマネジャー： | 　 |
| 　 | （　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用している介護・福祉サービス | 曜日・頻度 | 　　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | （　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　 | 　 |  　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | （　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　 | 　 | 　　 |
| 　 | 　 |
| ケアマネから主治医・薬局にご連絡 | 　 | （　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　 | 備考： |
| 　 |
| 　 |
| 連携シート　（おくすり手帳版） |
| お名前： 様 | （記入：　　年　　月　　日） |  | 連絡欄 | 　 |
| 要介護： （　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） | 　　 |
| ケアマネジャー： | 　 |
| 　 | （　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用している介護・福祉サービス | 曜日・頻度 | 　　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | （　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　 | 　 | 　　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | （　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　 | 　 | 　　 |
| 　 | 　 |
| ケアマネから主治医・薬局にご連絡 | 　 | （　　　年　　月　　日・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　 | 備考： |
| 　　 |
| 　　 |