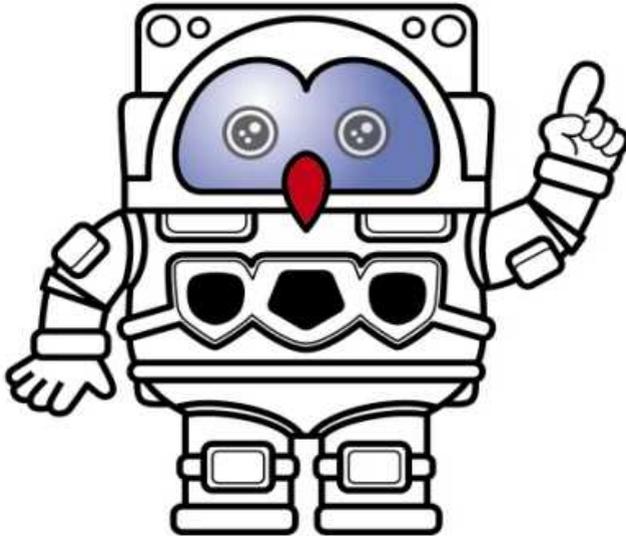


携帯用

医療・介護連携ノート



ふりがな 氏 名	
-------------	--

発行：つくば市地域包括支援課

医療・介護連携ノートの使い方

- このノートは、医療や介護を受けながら、ご家庭で生活されている方とその家族や支援者のノートです。

- このノートは、お宅を訪問するお医者さんやケアマネジャーなど医療や介護、その他の専門職の人たちに記載してもらうことで、ご自宅での生活の様子やご本人の体調などが分かり、急な入院や退院後の療養生活の際に関わる専門職の方たちが大変参考になります。

- このノートは、かかりつけ医に受診するときやお薬をいただくとき、デイサービスやショートステイに行くとき、訪問看護やヘルパーなど利用するとき、入院した時などに持参してください。

同意書

私は、本ノートに記載されている個人情報、医療や介護に関わる関係機関等へ情報提供することに同意します。

年 月 日

氏 名

記入日 年 月 日

氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
住所		電話番号				

介護保険の要介護度

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
------	------	------	------	------	------	------

家族状況

氏名	続柄	年齢	同居の有無	家族構成
			同・別	

緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号	住所

関係機関連絡先

かかりつけ医（記入日： 年 月 日） （日常的な診療や健康管理等を行ってくれる地域の身近な診療所などのお医者さん。）	
医療機関名	
医 師 名	
電 話	
備考	
介護支援専門員（記入日： 年 月 日） （ケアマネジャー）	
事業所名	
担当者名	
電 話	
訪問看護師（記入日： 年 月 日）	
事業所名	
担当者名	
電 話	
かかりつけ歯科（記入日： 年 月 日）	
医院名	
医師名	
電 話	

かかりつけ薬局（記入日： 年 月 日）	
薬局名	
電 話	
ショートステイ（記入日： 年 月 日）	
事業所名	
電 話	
デイサービス（記入日： 年 月 日）	
事業所名	
電 話	
ホームヘルプ（記入日： 年 月 日）	
事業所名	
電 話	
その他利用している介護サービス（記入日： 年 月 日）	
薬局名	
電 話	
その他利用している介護サービス（記入日： 年 月 日）	
薬局名	
電 話	

その他通院している医療機関（記入日： 年 月 日）	
医療機関名	
医 師 名	
電 話	
医療機関名	
医 師 名	
電 話	
医療機関名	
医 師 名	
電 話	
医療機関名	
医 師 名	
電 話	
市役所・地域包括支援センター （相談しているところに丸）	
高齢福祉課	障害福祉課
社会福祉課	健康増進課
地域包括支援センター	民生委員（ ）

月 日	記入者 ／職名	日常生活の状況 ・ 支援の記録	血圧 ・ 体温 ・ 食事 便 ・ 尿 ・ 服薬など

月 日	記入者 ／職名	日常生活の状況 ・ 支援の記録	血圧 ・ 体温 ・ 食事 便 ・ 尿 ・ 服薬など

月 日	記入者 ／職名	日常生活の状況 ・ 支援の記録	血圧 ・ 体温 ・ 食事 便 ・ 尿 ・ 服薬など