

多職種間連携シート

記載日 年 月 日

情報提供先 (医療機関・事業所等、氏名)

様



依頼者 (医療機関・事業所等、氏名)

※医師・歯科医師・薬剤師・リハビリ職・看護師・
ケアマネジャー・ソーシャルワーカー・相談員・その他 ()

連絡先 TEL :
FAX :

1. 基本情報

ふりがな
利用者氏名

性別 (男・女)

住所 古河市

生年月日 年 月 日 (歳) 電話

要介護認定 未申請 申請中 非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

現在の療養状況 1. 在宅療養中 2. 入院中 (医療機関名)

3. 施設入所中 (施設名称) ※退院予定日 (月 日 予定)

4. その他 ()



現在利用中のサービスについて、サービス番号を表にご記入ください。

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
夜間							

- ① デイサービス、デイケア
- ② ショートステイ
- ③ ヘルパー
- ④ 訪問看護
- ⑤ 訪問リハビリ
- ⑥ 訪問入浴介護
- ⑦ 訪問診療 (医科・歯科)
- ⑧ その他 ()

2. 連絡事項等

《1》 担当者会議について

《2》 サービスの利用について相談

《3》 サービス変更に伴う報告について

《4》 利用者に関する報告について

《5》 その他について

返信希望の有無 返信願います 返信不要です



返信者 記載日: 年 月 日