

# 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
-----	------------