

医療介護連携シート

氏名				生年月日	年	月	日
性別	男	女	血液型	型	電話番号		
現住所							
健康保険の種類				記号番号			

介護保険情報

介護保険認定	申請無	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
	(有効期限 年 月 日から 年 月 日)									
ケアマネジャー	無									
	担当者有	担当者名 :			事業所名 :					
ヘルパー	無									
	サービス利用有	事業所名 :			電話番号 :					
訪問看護	無									
	サービス利用有	事業所名 :			電話番号 :					
デイサービス	無									
	サービス利用有	事業所名 :			電話番号 :					
他利用中サービス	他利用サービス :									
	事業所名 :			電話番号 :						
他利用中サービス	他利用サービス :									
	事業所名 :			電話番号 :						

施設入所

介護保険施設	有	入所施設名 :								
入所の有無 (短期入所を除く)		所在地 :								
	無	1. 自宅 2. 入院病院名 :								

かかりつけ医

主治医	医療機関名						
該当に○(有・無)	診療科目名	科	主治医				

緊急連絡先

氏名				生年月日	年	月	日
性別	男	女	電話番号				
現住所							
勤務先・職業				本人との関係			