

* 情報共有が必要な場合、状況に応じてお使いください。

②男鹿市 医療・介護連携シート〔もの忘れ等相談用〕

医療機関 ⇒ 介護支援専門員・地域包括支援センター

提出先	事業所名 介護支援専門員氏名	〇〇居宅介護支援事業所 〇〇 〇〇	記入例
作成日	令和元年6月16日		
作成者	医療機関名	〇〇〇医院	介護支援専門員と情報共有が必要な場合は、面談や電話のほか、状況に応じて、この連携シートを用いてください。
	氏名	〇〇 〇〇	

①受診者について

受診日	令和元年6月16日	
受診者	氏名	〇〇 〇〇
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	男鹿市〇〇〇〇
同行者	氏名	〇〇 〇〇 続柄 (〇〇)
	なし	※受診の際に同行者がいなかった場合、なしを○で囲んでください。

②診察結果・投薬内容等、伝えたいこと

患者さんへの接し方の助言や服薬管理の留意点等、情報共有が必要な事柄をご記入ください。	
--	--