

医療と介護の多職種連携・連絡ノート

氏名 _____

情報共有連絡票

<質問者>	年 月 日() 記入者氏名
ご本人 ご家族 ケアマネジャー かかりつけ医 薬剤師 訪問歯科医 訪問看護師 介護スタッフ 地域包括支援センター その他()	



<回答者>	年 月 日() 記入者氏名
ご本人 ご家族 ケアマネジャー かかりつけ医 薬剤師 訪問歯科医 訪問看護師 介護スタッフ 地域包括支援センター その他()	

確認者サイン	お読みになった方は、日付とサインを記入してください。