

関係者一覧(関係機関、家族等)

令和 年 月 時点

ふりがな		男	年 月 日 (### 歳)
氏名			
住所	(電話番号)		

<連携機関の連絡先> ※変更があれば、支援者が協力して随時修正してください。

連携機関など	機関名	氏名	電話番号 FAX番号
かかりつけ医院			
医療機関①			
医療機関②			
歯科医院			
薬局			
介護支援専門員			
訪問看護			
訪問リハビリ			
介護サービス事業所①			
介護サービス事業所②			
介護サービス事業所③			
地域関係者			

<緊急時の連絡先>

	機関名	電話番号
緊急時の連絡先①		
緊急時の連絡先②		

<家族等介護者の連絡先>

	氏名	本人との関係	電話番号	備考
緊急時の連絡先①				
緊急時の連絡先②				

同意欄	ノートに記載された情報等を、関係機関が適切な医療・介護を提供するために活用することに同意します。		
	本人(家族)氏名		