

連携シート（おくすり手帳版）

《 記入例 》

お名前: 佐藤A作 様 (記入: 25年 4月15日)	
要介護: 4 (25年4月1日～26年3月31日)	
ケアマネジャー: 田中▲子 指定居宅介護支援事業所●●●(TEL.00-0000)	
利用している介護・福祉サービス	曜日・頻度
●●訪問看護ステーション	火
デイケア●●	月・水・金
ヘルパーステーション●●●	火・木・土
配食サービス(夕食)	月～土
ショートステイ●●苑	月5日程度
福祉用具(ベッド、車いす貸与)	
ケアマネから主治医・薬局にご連絡 ・認定更新で要介護3 → 4になりました。 ・今月から配食サービスが始まりました。	

病院・診療所・薬局からのご連絡欄
(年 月 日・医師・薬剤師・看護師:)
(年 月 日・医師・薬剤師・看護師:)
(年 月 日・医師・薬剤師・看護師:)
(年 月 日・医師・薬剤師・看護師:)
備考: