|  |
| --- |
| 連絡先一覧（関係機関、家族等介護者） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 |  | 電話番号 | 備考 |
|  |  |

平成　　　年　　月　　日　時点

|  |
| --- |
| ◎関係機関の連絡先 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 機関名 | 氏名 | 電話番号 | 備考 |
| かかりつけ医 |  |  |  |  |
| 医療機関① |  |  |  |  |
| 医療機関② |  |  |  |  |
| 歯科医院 |  |  |  |  |
| 薬局① |  |  |  |  |
| 薬局② |  |  |  |  |
| 訪問看護 |  |  |  |  |
| ケアマネジャー |  |  |  |  |
| 介護サービス |  |  |  |  |
| 介護サービス |  |  |  |  |
| 介護サービス |  |  |  |  |
| 地域関係者 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ◎家族等介護者の連絡先 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 本人との関係 | 電話番号 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 同意欄 | 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。 |
| 住所 |  |
| 本人氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |