

＜多職種連携シート①＞

作成日 年 月 日

至急返信をお願いします。

本紙送付の目的	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談
---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

送信先	支援機関	
	TEL	
	FAX	
	担当者	



送信元	事業所	
	TEL	
	FAX	
	担当者	

*** 下記の方を担当しております。**

＜利用者情報＞ (例：大阪 花子 様 → 大〇 花〇 様)

(必要項目をわかる範囲で記入しています。)

ふりがな	性別	年号	生 年 月 日	家 族
氏 名			年 月 日 歳	<small>☆…キーパーソン □…男性 ○…女性 △…性別不明</small>
住所(町名まで)			介護度	
住 環 境	<input type="checkbox"/> 戸建(階建) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (設置箇所:)			
治療中の病 気、既往歴	その他 ()			
最近の入 院・入所歴	病院・施設等名称		期間	入院・入所の目的
緊急 連 絡	氏名	続柄	特記事項	
	TEL ①	②		

* 支援上必要な情報交換につきましては、事前にご本人より同意をいただいております。

*** 下記事項について、ご指示・ご確認をお願いいたします。**

＜連絡・照会事項＞

照会目的	
【相談内容】	

＜返信方法＞

<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。	月 日	～	来てください。
<input type="checkbox"/> 電話で話をします。	月 日	～	<input type="checkbox"/> TELください <input type="checkbox"/> TELします
<input type="checkbox"/> 本紙で回答します。【連絡・相談に対するコメント】 下記参照			