

※紛失が心配な方は未記入でもかまいません。

ご本人 氏名		記入日	
要介護認定	有・無	障害者手帳	有・無
これまでにかかった 主な病気			

●地域包括支援センター 配布元 (配布時にします)

記入日	担当者名	名称
		地域包括支援センター
電話番号		

●ケアマネジャー 配布元 (配布時にします)

記入日	担当者名	名称
電話番号		

●医療機関、薬局、その他 配布元 (配布時にします)

記入日	担当者名	名称
電話番号		

## 医療・介護連携シート

練馬区では、高齢者が地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援等が一体的に提供される地域包括ケアシステムの確立を目指しています。その取組の一環として、高齢者一人ひとりにあった医療・介護等の連携を支援するため、このシートを作成しました。

### 【ご本人様、ご家族様へ】

病院・診療所の医師や、薬局、介護サービスの担当者に、おくすり手帳と一緒にこのシートを見せてください。また、おくすり手帳と共に、大切に保管してください。

### 【医療・介護関係者様へ】

ご本人が利用されている医療系・介護系サービスをご確認いただき、必要に応じて、関係者との情報共有にご活用ください。利用についての同意は、ご本人からいただいております。

裏面に記載のないサービス等がありましたら、随時、加筆してください。

作成：練馬区高齢者支援課 ☎ 5984-4597

ご本人同意欄 (□にチェックを入れてください)

このシートの利用方法について説明を受けました。  
記載されている情報を、医療・介護の関係機関に提供することに同意します。

おくすり手帳に貼る場合は、この部分をのり付けします。