

尼崎市民

かかりつけ連携機関リスト

お名前: ver1.12修正案12
(自筆)

※リスト記載の関係機関での連絡・情報共有に同意します。

電話番号:

ご住所:

このリストは、皆さんが関わる医療・介護機関を教えてください。関係者同士が連絡を取り合い、連携して適切な医療・介護を行うために利用します。

受診する医療機関や、ケアマネジャーにお見せください。

【地域包括支援センター】



担当ケアマネジャー【あり ・ なし】

事業者名:

担当者名:

連絡先☎:

発行: 尼崎市医師会、尼崎市歯科医師会、尼崎市薬剤師会、協力: 尼崎市 (H28.3)

かかりつけの診療所(クリニックなど)p1

★主治医意見書

診療所名 印
主治医名

★主治医意見書

診療所名 印
主治医名

★主治医意見書

診療所名 印
主治医名

★主治医意見書

「★主治医意見書」欄には、要介護認定申請時に主治医意見書を記載してもらった医療機関(医療・介護のキーパーソン)に○印を付けて下さい。
また、要介護認定未申請の方は、今後、申請時に主治医意見書の記載を依頼する(又は希望する)医療機関に○印を記入してください。

かかりつけの診療所(クリニックなど)p2

★主治医意見書

診療所名 印
主治医名

★主治医意見書

診療所名 印
主治医名

★主治医意見書

診療所名 印
主治医名

★主治医意見書

診療所名 印
主治医名

かかりつけの病院(入院設備を持つ)

かかりつけの薬局

かかりつけの歯科診療所

★主治医意見書	病院名(1つ)	病院名 印
・診療科	(主治医名)	
・診療科		
・診療科		
★主治医意見書	病院名(1つ)	病院名 印
・診療科	(主治医名)	
・診療科		
・診療科		
★主治医意見書	病院名(1つ)	病院名 印
・診療科	(主治医名)	
・診療科		
・診療科		

④

おくすり手帳 発行有無	薬局名 担当者名 印
おくすり手帳 発行有無	薬局名 担当者名 印
おくすり手帳 発行有無	薬局名 担当者名 印
<p>★「かかりつけ薬局」を、できれば1つ決めてください。 (空欄に○印を記載)</p> <p>【かかりつけ薬局とは】 皆さん(患者さん)が主に利用する薬局で、お薬の統合管理を行います。(複数の医療機関が処方する薬の取りまとめ等)</p>	

⑤

歯科診療所名 主治医名 印
歯科診療所名 主治医名 印
訪問看護ステーション
訪問看護ステーション名 担当者名 印
メモ欄

⑥