**「医療と介護の安心つながり手帳」　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日現在**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名　　前** |  | |
|  | **かかりつけ医療機関・事業所（担当者）** | **電 話 番 号** |
| **病　　院** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **歯　　科** |  |  |
| **薬　　局** |  |  |
| **担当ケアマネジャー** |  |  |
| **介護認定** | **事業　 要支 1・2　 要介 1・2・3・4・5** | **有効期限　　年　月　日～　　年　月　日** |
| **利用している**  **サービス事業所** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **備　　考** |  | |

**新ひだか町在宅医療・介護連携推進委員会**

**◎医療・介護のつながり手帳について　　　　　　　　　◎手帳を持つ方へ**

**この手帳は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　この手帳は、あなた様の医療と介護**

1. **介護サービス利用している方が所持します。　　　　　サ―ビス利用先を記載するものです。医**
2. **医療被保険証や介護被保険証と一緒にしてお　　　　　療・介護状況で確認が必要になった時、必**

**き必要な時に確認できるようにしておきます。　　　　要な事業所から情報を収集出来ます。**

1. **記載は、担当ケアマネジャーが行います。　　　　　①医療被保険者証や介護被保険証と一緒に保**
2. **内容の変更があった時、介護認定の更新時に　　　　　管しましょう。**

**内容を更新します。　　　　　　　　　　　　　　　②記載は担当ケアマネジャーが行います。内**

1. **病院の記載は、定期通院している病院のとし　　　　　容に変更があった場合は、担当ケアマネ**

**不定期通院の病院は基本記載しません。　　　　　　　ジャーに提出して下さい。**

1. **備考欄に第三者の情報を記載する際、個人　　　　　その他、不明な点は担当ケアマネジャーに**

**情報には十分注意して下さい。　　　　　　　　　　　お尋ね下さい。**