ver.202504

鹿沼市にも包括　医療連携シート

年　　月　　日

事業所名 施設名		⇒	病院名 診療所名	
部署・ 担当者名			部署・ 担当者名	
連絡先			連絡先	

※　　欄は個人情報保護のため口頭での伝達等の配慮をお願いします

情報提供の同意の有無	☐本人の同意あり　☐家族等のみの同意あり ☐同意なし　☐その他　（　　）	緊急性	あり ⟷ なし ☐5　☐4　☐3　☐2　☐1　☐0
ふりがな		性別	☐男　☐女　年齢　　歳
氏名		生年月日	☐昭　☐平　☐令　☐西暦 年　　月　　日
住所	鹿沼市	連絡先	

家族構成 書き切れない場合は関係の深い人を記載	氏名	続柄	備考（連絡先、同居有無、関係性、キーパーソン、精神科受診歴等）

家族図		利用中のサービス・支援機関・支援者など	

受診歴 ※最近の履歴から記載する	病名	病院名	期間

手帳等	☐ 身体障害者手帳　種別（　　）（　　級）	障害支援区分	☐無　☐1　☐2　☐3　☐4　☐5　☐6
	☐ 療育手帳　（　　）	要介護度	☐無　☐要支援　☐要介護　等級（　　）
	☐ 精神障害者保健福祉手帳　（　　級）	健康保険	☐社保　☐国保　☐後期高齢　☐（　　）

経済状況	☐年金　　円／月　（年金種別　　・　　級）　☐生活保護 ☐公費負担　（　　）
	（備考欄）

生活歴（これまでの家庭生活、仕事、趣味、習慣、病気のことなど）
本人の特性（苦手なことや生活の中で困っていること）・配慮の必要性・ADL等の状況など
本人（及び家族）の希望・ニーズ
受診の目的
その他・特記事項