

受診時や施設利用時に、このパンフレットを持参し  
医師や看護師、福祉従事者へ見せてください。  
あなたの健康管理に重要な情報になります。

## 医療福祉連携シート

年月日..... 連絡事項（相談内容）

記入者.....

宛先.....

↓

確認者

年月日..... 連絡事項（相談内容）

記入者.....

宛先.....

↓

確認者

年月日..... 連絡事項（相談内容）

記入者.....

宛先.....

↓

確認者

年月日..... 連絡事項（相談内容）

記入者.....

宛先.....

↓

確認者

年月日..... 連絡事項（相談内容）

記入者.....

宛先.....

↓

確認者