

同意書

下記の各機関での必要な情報の提供、情報の交換等「よりそいノート」の運用に同意します。

記入年月日 年 月 日

ご本人 _____ 様

ご家族 _____ 様 続柄 (_____)

※ 以下は各機関に記入または押印していただいでください。

【医療機関】

医療機関名①

電話番号

主治医

医療機関名②

電話番号

主治医

医療機関名③

電話番号

主治医

医療機関名④

電話番号

主治医

【介護支援専門員(ケアマネジャー)】

事業所名

電話番号

担当者

事業所名

電話番号

担当者

【地域包括支援センター】

事業所名

電話番号

担当者

事業所名

電話番号

担当者

【その他利用している介護サービス等】

事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者
事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者
事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者
事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者
事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者
事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者
事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者
事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者