

いわき市連携シート(おくすり手帳版)	
お名前:	様 (記入: 年 月 日)
介護度:	(年 月 日 ~ 年 月 日)
支援事業所:	Tel
ケアマネジャー	
利用している介護・福祉サービス(曜日・頻度)	
ケアマネジャー・サービス事業所等 ⇄ 医師・薬局	
備考(一包化・残薬確認・服用上の留意点等)	

いわき市連携シート(おくすり手帳版)	
お名前:	様 (記入: 年 月 日)
介護度:	(年 月 日 ~ 年 月 日)
支援事業所:	Tel
ケアマネジャー	
利用している介護・福祉サービス(曜日・頻度)	
ケアマネジャー・サービス事業所等 ⇄ 医師・薬局	
備考(一包化・残薬確認・服用上の留意点等)	

いわき市連携シート(おくすり手帳版)	
お名前:	様 (記入: 年 月 日)
介護度:	(年 月 日 ~ 年 月 日)
支援事業所:	Tel
ケアマネジャー	
利用している介護・福祉サービス(曜日・頻度)	
ケアマネジャー・サービス事業所等 ⇄ 医師・薬局	
備考(一包化・残薬確認・服用上の留意点等)	

いわき市連携シート(おくすり手帳版)	
お名前:	様 (記入: 年 月 日)
介護度:	(年 月 日 ~ 年 月 日)
支援事業所:	Tel
ケアマネジャー	
利用している介護・福祉サービス(曜日・頻度)	
ケアマネジャー・サービス事業所等 ⇄ 医師・薬局	
備考(一包化・残薬確認・服用上の留意点等)	

利用者様の「おくすり手帳」の最新ページに貼って活用してください。
 ※枠線で切り取ると、ピッタリサイズ！