

<地域連携同意書>

私は、関係機関間での情報共有等、地域連携パスの活用に同意します。
このノートは本人、家族もしくは介護者が責任を持って保管します。

ご本人氏名

署名代行者名

(続柄：)

TEL ()

家族等氏名

(続柄：)

TEL ()

<かかりつけの医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL： ()	
	TEL： ()	

<専門医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL： ()	
	TEL： ()	