

緊急引継ぎシート

このシートは、引継ぐ方の目に止まりやすいところに保管してください。



*できるだけ具体的に記入してください。

【介護を行っている方】

記入日	2020年 月 日
1. 介護者氏名	
2. 住 所	
3. 連絡先	TEL : Mail:
4. 生年月日・年齢	大正 昭和 年 月 日 ・ 歳 平成 令和
5. 介護または支援を受けている方との関係	
6. 介護できなくなった時の緊急連絡先	まずこの人に連絡・相談してください！ ①あり ・氏名 ・連絡先 ②なし

【引継ぎが可能な介護者】

連絡事項	内 容	備考
1. 引継げる介護者	①いる ②いない ③その他 ()	
2. 引継げる介護者の氏名		
3. 連絡先	TEL :	
4. 住 所		
5. 介護または支援を受けている方との関係		
6. 記入者との関係		

【介護または支援を受けている方（要介護者等）の状況・留意事項・在宅住

居等に関する連絡事項】

*該当項目がない場合には、特記事項欄に記入してください。

連絡事項	内 容	備考
1. 状態	①高齢（要介護、要支援、その他） ②認知症（程度） ③障害（障害の種別、等級、障害名） ④疾病・難病（疾病名） ⑤医療的ケア児者 ⑥その他（具体的に）	
2. 健康保険証	保険者名 ①国保（） ②健保組合、協会けんぽ、共済組合（） 保険証記号番号（） 扶養者がいる場合はその氏名（）*	*被扶養・遠隔地扶養などの場合

3. 介護保険証	保険者(市町村名) 介護保険証記号番号	*介護保険料通知などに記載
4. 障害者手帳	手帳名(種類) 記号番号	
5. 治療計画等の有無	入院予定 手術予定 施術・リハビリ等	
6. かかりつけ医 (複数ある場合は特記事項欄に追記)	医院名 住所 連絡先	
7. 訪問医療提供者	医院・医師名 住所 連絡先	
8. 訪問看護提供者	訪問看護事業所名 住所 連絡先	
9. 薬局・薬剤師	いつも使っている処方箋薬局 薬剤師名	
10. 地域包括支援センター		
11. 担当ケアマネジャー・相談支援専門員	氏名 連絡先	
12. 介護・支援サービス提供者	事業所名 連絡先	
13. 福祉・各制度サービス提供者 (民間含む)	普段相談先等として連絡している担当窓口 連絡先 担当者(保健師等) 手帳・証書等 サービス提供対象疾患	
14. 成年後見制度利用の有無	なし あり・成年後見の種類 任意後見 法定後見 後見・保佐・補助	

	<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見人等 ・連絡先 	
15. 本人とのコミュニケーションの取り方	その人なりの意思表示の方法など。	
16. 配慮すべき障害・疾病等の特性		
17. ケアにおいて特に配慮すべきこと		
18. アレルギーや食事の要件を含む病状		
19. 服用している薬のリストと進行中の治療内容等		
20. 在宅ケアのために通常使用している医療・衛生資材等	医療資材 衛生資材	
21. 要介護者との連絡手段	①連絡可能 <ul style="list-style-type: none"> ・連絡方法 ・連絡先 ②連絡不可能 ③その他	
22. 住宅に関する必要情報	<ul style="list-style-type: none"> ・誰がキーを持っているか ・アラームコード等へのアクセス方法 ・空調機器のコントロール方法 ・ヒューズボックスの位置 ・ガスメータ、水道メーター等の位置など、個人の家に関するその他重要な情報 	

23. 所定の委任状等	所持する委任状等	
24. その他特記事項		