

PART
3

医療・介護について

◆通院先 記載日 年 月 日

病名	
病院名	電話番号
担当医	

病名	
病院名	電話番号
担当医	

病名	
病院名	電話番号
担当医	

病名	
病院名	電話番号
担当医	

病名	
病院名	電話番号
担当医	

◆関わりのある関係機関・相談先 (ケアマネジャー、包括支援センターなど)

記載日 年 月 日

機関名	
担当者	電話番号

機関名	
担当者	電話番号

機関名	
担当者	電話番号

◆証明書等の保管場所

	保管場所
マイナンバーカード	
健康保険証	
介護保険証	
年金証書 (年金手帳)	
お薬手帳	
通帳	
印鑑	