ケア移行申し送りシート　V2.1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 患者ID  (当院患者IDがある場合のみご記入下さい） | 生年月 | 記入日 |
| 同席者： | | | |
| 作成のきっかけ： | | | |

**※ すべての項目に記入する必要はありません**

患者さんが生活するうえで大切にしていること、あるいは望むこと

|  |
| --- |
|  |

医療・介護職の人にしてほしいこと、してほしくないこと

|  |
| --- |
|  |

医療や介護について、家族の考えや支援

|  |
| --- |
|  |

何かあった時の患者さんの考え

|  |
| --- |
|  |

その他

|  |
| --- |
|  |