

カンファレンス等の実施状況						
				利用者・患者氏名		
話し合いの日時・場所		日	時	令 年 月 日	:	場 所
☐ 医療介護支援等連携指導 ☐ 退院時共同指導 ☐ 転院前面談 ☐ 入所前面談 ☐ その他：						
参 加 者	☐ 本人 ☐ 親族 ☐ 友人 ☐ 成年後見人 ☐ その他： ※下欄に氏名、本人との関係を記入					
	医療・介護・福祉等関係者					
	所属施設・事業所名	職	種	氏	名	
< 話し合いの概要、備考 >						
話し合いの内容について、了承しました。 令 年 月 日 利用者・患者／家族：						