



# あおもり医療・介護手帳



「医療機関を受診する際」や「介護施設・事業所等を利用する際」は、この手帳を持参して、提示してください。

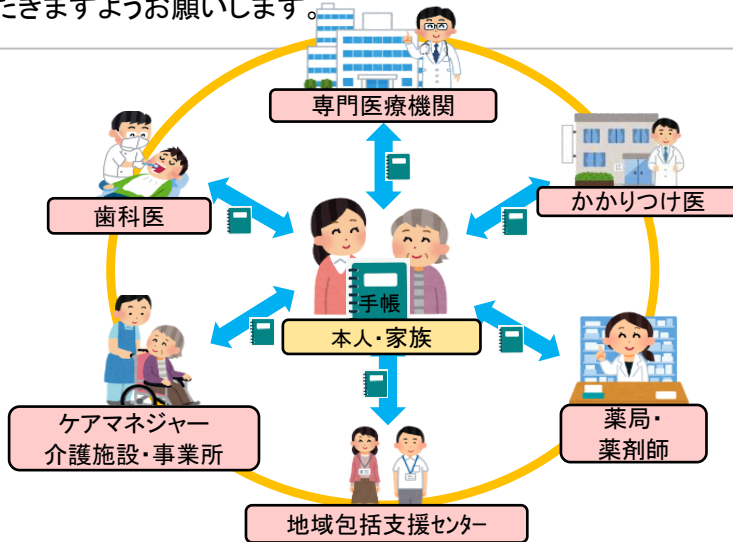
# はじめに

## ご本人・ご家族等介護者の方へ

この手帳は、あなたやご家族等介護者の方が、地域で安心して生活できることを目的とし、医療機関を受診したり、介護サービスを受けたりする際に、あなたの情報を知っていただくためのものです。受診の時や、介護サービスを受ける時にはこの手帳を持参して関係者に見せてください。お薬手帳や介護保険証も一緒に持ち歩き紛失しないよう十分に注意しましょう。

## 医療・介護・福祉等関係者の皆様へ

この手帳は、関係者の皆様にもご記入いただくことで、関係機関の連携が円滑にできることを目的にしています。ご協力いただきますようお願いいたします。



## 発行機関

発行年月日	施設名・連絡先
年 月 日	(電話番号 — — )

※この手帳を拾得した方は上記機関へご連絡ください。

# 手帳の使い方

## 手帳の構成

- |            |            |
|------------|------------|
| 1 同意書      | 7 介護のこと    |
| 2 相談先      | 8 認知症のこと   |
| 3 介護保険情報   | 9 生活のこと    |
| 4 ご本人の情報①② | 10 情報交換シート |
| 5 医療のこと①～③ | 11 薬のこと    |
| 6 歯科のこと    | 12 これからのこと |

### ご本人・ご家族・介護サービス提供者等

- ・最初に、「同意書」のページにサインをしてください。
- ・「歯科のこと」「認知症のこと」以外のページに記入してください。分かるところだけで構いません。

### 医療機関の方

- ・「医療のこと②、③」「認知症のこと」のページに診療情報や検査結果等を記入してください。

### 歯科医院の方

- ・「歯科のこと」のページに診療情報等を記入してください。

### 薬局の方

- ・「薬のこと」のページの確認項目の記載について、ご本人・ご家族に説明してください。

### ケアマネジャーの方

- ・「介護保険情報」「医療のこと①」「介護のこと」「生活のこと」のページに、ご本人・ご家族と相談の上、記入してください。

### 手帳を使う全ての方へ

- ・「情報交換シート」は、日頃ご本人と接する中での疑問点を質問したり、ご本人の生活の様子を連絡するための連絡ノートです。この手帳を提示された際には、必ず目を通すようにしてください。

# 1 同意書

私は本手帳に記載されている個人情報、私の医療や介護に関わる関係者が活用することに同意します。

本手帳は、本人・家族等が責任を持って保管するとともに、紛失時の責任は保管者にあることを理解した上で、本手帳の活用にご同意いたします。

年 月 日

ご本人

ご家族

(介護者)

(続柄)

# 2 相談先

地域包括支援センター・高齢者支援センター

センター名	連絡先
	- -

### 3 介護保険情報

このページはケアマネジャー等に記入してもらうか、またはご本人・ご家族・介護サービス提供者が記入してください。

記入日	年 月 日		
診断名			
備考 (発症の経緯・特記事項等)			
要介護認定等	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 事業対象者(※) <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
担当ケアマネジャー等	氏名： 電話番号： — —	事業所名：	
記入日	年 月 日		
診断名			
備考 (発症の経緯・特記事項等)			
要介護認定等	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 事業対象者(※) <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
担当ケアマネジャー等	氏名： 電話番号： — —	事業所名：	
記入日	年 月 日		
診断名			
備考 (発症の経緯・特記事項等)			
要介護認定等	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 事業対象者(※) <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
担当ケアマネジャー等	氏名： 電話番号： — —	事業所名：	

※事業対象者：市町村が軽度者向けに実施する介護予防・生活支援サービス事業の対象の方

## 4 ご本人の情報①

このページはご本人・ご家族・介護サービス提供者が記入してください。

フリガナ	
お名前	
性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	- -

家族構成	
------	--

緊急時に連絡してほしい人①		
続柄	電話番号	- -
緊急時に連絡してほしい人②		
続柄	電話番号	- -

後見制度	利用している ・ 利用していない
後見人氏名	
電話番号	- -

## 4 ご本人の情報②

このページはご本人・ご家族・介護サービス提供者が記入してください。

わたしの経歴、大切な思い出など

いつ頃	内容
20代前半	配偶者と出会い結婚

わたしの趣味や嗜好、熱心に取り組んできたことなど

例)運動が得意でした。

わたしの嫌いなこと、苦手なものなど

例)雷が苦手です。

わたしの日課や毎週・毎月やっていることなど

例)毎日、散歩しています。

視力や聴力について

視力	問題なし・眼鏡使用・その他( )
聴力	問題なし・耳が遠い・補聴器使用・その他( )
備考	

## 5 医療のこと①

このページはケアマネジャー等に記入してもらうか、またはご本人・ご家族・介護サービス提供者が記入してください。

	医療機関名 (分かる範囲で担当医師名等)	電話番号
かかりつけ医 ・担当医		- -
		- -
		- -
		- -
		- -

	歯科医療機関名	電話番号
かかりつけ 歯科医		- -
		- -

	薬局・薬剤師名	電話番号
かかりつけ 薬局・薬剤師		- -
		- -



## 5 医療のこと②

このページは医療機関で記入してもらうか、またはご本人・ご家族・介護サービス提供者が記入してください。  
 ※分かる範囲で診療科名や医師名等についてもご記入ください。

アレルギー	あり・なし・不明
<詳細> <div style="text-align: right;">(記入者: )</div>	

わたしがこれまでかかったことのある病気(既往歴)

病名	いつ頃からいつ頃まで	医療機関名	備考
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		

(記入者: )

## 5 医療のこと③

このページは医療機関で記入してもらうか、またはご本人・ご家族・介護サービス提供者が記入してください。  
※分かる範囲で診療科名や医師名等についてもご記入ください。

わたしがいまかかっている病気(現病歴)

病名	いつ頃から	医療機関名	備考
備考			

(記入者: )

## 6 歯科のこと

このページは歯科医院で記入してもらってください。

### 歯科治療の状況

年月日	医療機関	治療内容	その他所見 (義歯の状態等)
年 月 日	(記入者: )		
年 月 日	(記入者: )		
年 月 日	(記入者: )		
年 月 日	(記入者: )		
年 月 日	(記入者: )		
年 月 日	(記入者: )		
年 月 日	(記入者: )		

## 7 介護のこと

このページはケアマネジャーが記入してください。

### 利用しているサービスの状況

	事業所名	利用しているサービス	利用頻度
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
	備考	記載者	

## 8 認知症のこと

このページは医療機関で記入してもらってください。

診断名	(記入者: )
-----	---------

### 認知機能評価スケール

評価日	評価指標	点数
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他( ) (記入者: )	点

## 9 生活のこと

このページはケアマネジャー等に記入してもらうか、またはご本人・ご家族・介護サービス提供者が記入してください。あてはまる番号に○をつけてください。

※6ヶ月を目安に記載			年 月	年 月
記憶	ここ数ヶ月の悪化傾向	1.あり 2.なし 3.不明	1 2 3	1 2 3
	最近の出来事に対して	1.数分～数時間前のことも忘れる 2.数日前のことを忘れる 3.ときどき忘れる	1 2 3	1 2 3
	過去の出来事に対して	1.若い頃のことも忘れる 2.数年前のことも忘れる 3.ときどき忘れる	1 2 3	1 2 3
行動	自力歩行 →できる場合	1.できない 2.一部介助 3.できる 1.杖 2.シニアカー 3.歩行器	1 2 3	1 2 3
	外出状況	1.外出なし 2.家族同行で 3.一人で可能	1 2 3	1 2 3
	金銭管理	1.できない 2.一部介助 3.できる	1 2 3	1 2 3
	薬の内服	1.できない 2.一部介助 3.できる	1 2 3	1 2 3
食事	食事介助	1.全介助 2.一部介助 3.なし	1 2 3	1 2 3
	1食の食事量	1.減少傾向 2.変化なし 3.過剰傾向	1 2 3	1 2 3
	1日の水分量	1.減少傾向 2.変化なし 3.過剰傾向	1 2 3	1 2 3
	むせ	1.あり 2.たまにあり 3.なし	1 2 3	1 2 3
	体重		kg	kg
トイレ	排泄介助	1.全介助 2.一部介助 3.なし	1 2 3	1 2 3
	尿・便失禁	1.あり 2.たまにあり 3.なし	1 2 3	1 2 3
	おむつ・紙パンツ	1.常時使用 2.夜間のみ使用 3.なし	1 2 3	1 2 3
風呂	入浴介助	1.全介助 2.一部介助 3.なし	1 2 3	1 2 3
	入浴拒否	1.あり 2.たまにあり 3.なし	1 2 3	1 2 3
着脱	介助の必要性	1.全介助 2.一部介助 3.なし	1 2 3	1 2 3
	服の前後間違え	1.あり 2.たまにあり 3.なし	1 2 3	1 2 3
	ボタン	1.全介助 2.一部介助 3.なし	1 2 3	1 2 3
その他の症状	1.徘徊 2.幻覚妄想 3.夜間不眠 4.日中傾眠 5.興奮 6.無関心 7.火の不始末 8.不潔行為 9.異食行為			
介護者から見た印象	1.表情が良くなり穏やかになった 2.意欲が出てきた 3.繰り返し言うことが減った 4.以前と変わらない 5.悪くなった			
※身長 (                      cm)			記入者	
			関係	

# 10 情報交換シート

ご本人を支援する全ての職種の方が必要に応じて記入してください。  
又、ご返答可能な方は、返答をお願いします。(記入は任意です。)

( )から( )へ連絡 質問します
.....
.....
.....

ご返答の内容 記入者:

年 月 日

.....
.....
.....
.....

この内容を読まれた方のサイン

( )から( )へ連絡 質問します
.....
.....
.....

ご返答の内容 記入者:

年 月 日

.....
.....
.....
.....

この内容を読まれた方のサイン

# 10 情報交換シート

ご本人を支援する全ての職種の方が必要に応じて記入してください。  
又、ご返答可能な方は、返答をお願いします。(記入は任意です。)

( )から( )へ連絡 質問します
.....
.....
.....

ご返答の内容 記入者:

年 月 日

.....
.....
.....
.....

この内容を読まれた方のサイン

( )から( )へ連絡 質問します
.....
.....
.....

ご返答の内容 記入者:

年 月 日

.....
.....
.....
.....

この内容を読まれた方のサイン



# 11 薬のこと

このページは、薬が変更になって下記の症状が出たときに、ご家族等介護者や介護スタッフの方が記入してください。(薬の作用や経過を確認します。)

		年 月 日				年 月 日			
確認項目	当てはまる欄の数字に ○印	なし	軽度	中度	重度	なし	軽度	中度	重度
		A 陽性 症状	1. いらだち 怒り 大声 暴力	0	1	2	3	0	1
2. 介護抵抗 入浴拒否	0		1	2	3	0	1	2	3
3. 帰宅願望 外に出たがる	0		1	2	3	0	1	2	3
4. 不眠	0		1	2	3	0	1	2	3
5. 徘徊(1日中 日中 夜間)	0		1	2	3	0	1	2	3
6. 自己顕示 ナースコール頻回	0		1	2	3	0	1	2	3
7. 焦り	0		1	2	3	0	1	2	3
8. 妄想 幻覚 独り言	0		1	2	3	0	1	2	3
9. 心配しすぎる 不安	0		1	2	3	0	1	2	3
10. 盗食 大食 異食	0		1	2	3	0	1	2	3
B 陰性 症状	1. 食欲低下	0	1	2	3	0	1	2	3
	2. あまり動かない(活力低下)	0	1	2	3	0	1	2	3
	3. 昼寝 傾眠 発語低下 無表情	0	1	2	3	0	1	2	3
	4. うつ状態(否定的発言 自殺)	0	1	2	3	0	1	2	3
	5. 無関心(リハビリ等不参加)	0	1	2	3	0	1	2	3
C 体幹 バランス	1. 体が傾く	0	1	2	3	0	1	2	3
	2. 転びやすい	0	1	2	3	0	1	2	3
	3. 小刻み歩行	0	1	2	3	0	1	2	3
	4. 嚥下不良 むせる	0	1	2	3	0	1	2	3
	5. 前のめり	0	1	2	3	0	1	2	3
	6. 震え	0	1	2	3	0	1	2	3
D その他( )		0	1	2	3	0	1	2	3
記入者									

※軽度:ちょっと気になる 中度:気になる 重度:困っている

出典: DBC(Dementia Balance Check)sheet  
(尾道市医師会作成を改変)

# 11 薬のこと

このページは、薬が変更になって下記の症状が出たときに、ご家族等介護者や介護スタッフの方が記入してください。(薬の作用や経過を確認します。)

		年 月 日				年 月 日			
確認項目	当てはまる欄の数字に ○印	なし	軽度	中度	重度	なし	軽度	中度	重度
		A 陽性 症状	1. いらだち 怒り 大声 暴力	0	1	2	3	0	1
2. 介護抵抗 入浴拒否	0		1	2	3	0	1	2	3
3. 帰宅願望 外に出たがる	0		1	2	3	0	1	2	3
4. 不眠	0		1	2	3	0	1	2	3
5. 徘徊(1日中 日中 夜間)	0		1	2	3	0	1	2	3
6. 自己顕示 ナースコール頻回	0		1	2	3	0	1	2	3
7. 焦り	0		1	2	3	0	1	2	3
8. 妄想 幻覚 独り言	0		1	2	3	0	1	2	3
9. 心配しすぎる 不安	0		1	2	3	0	1	2	3
10. 盗食 大食 異食	0		1	2	3	0	1	2	3
B 陰性 症状	1. 食欲低下	0	1	2	3	0	1	2	3
	2. あまり動かない(活力低下)	0	1	2	3	0	1	2	3
	3. 昼寝 傾眠 発語低下 無表情	0	1	2	3	0	1	2	3
	4. うつ状態(否定的発言 自殺)	0	1	2	3	0	1	2	3
	5. 無関心(リハビリ等不参加)	0	1	2	3	0	1	2	3
C 体幹 バランス	1. 体が傾く	0	1	2	3	0	1	2	3
	2. 転びやすい	0	1	2	3	0	1	2	3
	3. 小刻み歩行	0	1	2	3	0	1	2	3
	4. 嚥下不良 むせる	0	1	2	3	0	1	2	3
	5. 前のめり	0	1	2	3	0	1	2	3
	6. 震え	0	1	2	3	0	1	2	3
D その他( )		0	1	2	3	0	1	2	3
記入者									

※軽度:ちょっと気になる 中度:気になる 重度:困っている

出典: DBC(Dementia Balance Check)sheet  
(尾道市医師会作成を改変)

## 12 これからのこと

このページはご本人が記入してください(ご本人が記入できない場合は、ご本人と話し合い、ご本人の意思をご家族等介護者や信頼できる方に記入してもらってください)。(記入は任意です。)

- ・下記の内容について、自分の判断で意思表示ができなくなった場合を想定し、かかりつけ医や家族と話しあっておきましょう。
- ・確認はあくまで記入時の希望を示します。本人の心境や環境の変化で変わることがあるので、定期的に見直しをしましょう。
- ・このページの記載内容には法律的な意味はなく、強制力也没有せん。

### ● 食べ物や水分を口から取れなくなったとき

	望む	望まない
そのまま何もしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おなかからチューブで栄養を入れる胃ろう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻からチューブを入れる胃管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
点滴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他(自由に記載してください。)		

	望む	望まない
そのまま何もしないで自然にしてほしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓マッサージと呼吸をマスクで助けてほしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工呼吸器による延命	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

記載日                      年           月           日

署名





# ★予防接種の記録★

このページは医療機関で記入してもらうか、またはご本人・ご家族・介護サービス提供者が記入してください。

ワクチンの種類	接種年月日	メーカー／ロットNo.	接種機関名
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

青森市版での追加ページです