

この手帳の目的と、使用方法

この手帳は、自分の生活の状態や医療と介護の状況を一つにまとめたものです。ご本人・ご家族に関わる関係者がこの手帳の内容を確認し、必要な情報を共有することで、介護予防、症状の悪化防止のために使用し、いつまでも住み慣れた自宅や地域で暮らし続けることができることを目的にしています。

ご本人やご家族は、日々の体調や暮らしぶりなどを記入したり、受診等の際にお持ちください。

医療や介護の関係者の方は、随時内容の確認をいただくとともに情報共有に必要な情報がありましたら追記をお願いいたします。

情報連携同意書

この手帳の目的を了承し、かかりつけ医、各介護サービス事業所等での必要な情報交換(情報提供)に同意します。

年 月 日

ご本人

ご家族

続柄()

(電話番号 — —)

※個人情報保護のため、上記同意書に自署をお願いします。

プロフィール①

記入日 年 月 日

※ご家族又は担当ケアマネージャー等記入にご協力ください。

わたしのこと		
ふりがな		血液型
名 前		型
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別 男 ・ 女
居住地	自宅 ・ 施設(施設名称)	
自宅住所		
自宅電話	()	
家族構成	<input type="checkbox"/> :男性 <input type="checkbox"/> :女性 <input type="checkbox"/> :本人 <input checked="" type="checkbox"/> :死亡者 ※同居人を○で囲む	
主な介護者		
ふりがな		続 柄
介護者		()
介護者住所	本人と異なる場合	同居 ・ 別居
電話番号	()	

緊急時の連絡先（介護者に連絡がつかない場合）			
①	氏名	関係	連絡が取れる時間帯
			<input type="checkbox"/> 昼間（午前・午後） <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜可能
	住所		
②	氏名	関係	連絡が取れる時間帯
			<input type="checkbox"/> 昼間（午前・午後） <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜可能
	住所		
介護保険被保険者番号			
健康保険記号番号			
後期高齢者医療被保険者番号			
手帳の取得状況	身体障害者手帳	有	無
	療育手帳	有	無
	精神障害者福祉手帳	有	無

プロフィール②

要介護認定の状況	要介護認定の状況	認定期間
	事業対象者 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5	年 月 日 ~ 年 月 日
	事業対象者 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5	年 月 日 ~ 年 月 日
	事業対象者 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5	年 月 日 ~ 年 月 日
	事業対象者 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5	年 月 日 ~ 年 月 日
	事業対象者 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5	年 月 日 ~ 年 月 日
	事業対象者 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5	年 月 日 ~ 年 月 日
	事業対象者 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5	年 月 日 ~ 年 月 日

私や家族の望み

※サービスを受ける前に、かかりつけ医、担当ケアマネージャー等と、今後の生活や医療等について話し合った結果を記載してください。

※記載に際し、ご家族及びケアマネージャー等支援をお願いします。

日にち	年 月 日	
面談した人	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族(名前: _____ 続柄: _____) <input type="checkbox"/> かかりつけ医師(_____) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー又は包括支援センター担当者 (_____)	
これからの生活について望むこと	本人 例)体が不自由になっても自宅で過ごしたい	家族 例)仕事をつづけながら。家族一緒に自宅で過ごしたい
医療や介護に望むこと	本人 例)延命治療はなく、自然な形で逝きたい	家族 例)できるだけ自宅で医療も受け、家族で看取りたい。

私や家族の望み

日にち	年 月 日	
面談した人	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族(名前: _____ 続柄: _____) <input type="checkbox"/> かかりつけ医師(_____) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー又は包括支援センター担当者 (_____)	
これからの生活について望むこと	本人	家族
医療や介護に望むこと	本人	家族

私や家族の望み

日にち	年 月 日	
面談した人	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族(名前: _____ 続柄: _____) <input type="checkbox"/> かかりつけ医師(_____) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー又は包括支援センター担当者 (_____)	
これからの生活について望むこと	本人	家族
医療や介護に望むこと	本人	家族

連絡先一覧表

かかりつけ医・歯科医・薬剤師

●病院・医院

医療機関名・担当医:

電話・FAX 番号:

メールアドレス:

医療機関名・担当医:

電話・FAX 番号:

メールアドレス:

医療機関名・担当医:

電話・FAX 番号:

メールアドレス:

医療機関名・担当医:

電話・FAX 番号:

メールアドレス:

● 歯科医

医療機関名・担当医:

電話・FAX 番号:

メールアドレス:

● 薬局

薬局名・担当薬剤師:

電話・FAX 番号:

メールアドレス:

薬局名・担当薬剤師:

電話・FAX 番号:

メールアドレス:

薬局名・担当薬剤師:

電話・FAX 番号:

メールアドレス:

連絡先一覧表

介護サービス事業所

●包括支援センター

事業所名	
担当ケアマネージャー	
電話番号 FAX 番号	
メールアドレス	

●居宅介護支援事業所

事業所名	
担当ケアマネージャー	
電話番号 FAX 番号	
メールアドレス	

●介護事業所

①	事業所種別	
	事業所名、担当者	
	電話番号 FAX 番号	
	メールアドレス	
②	事業所種別	
	事業所名、担当者	
	電話番号 FAX 番号	
	メールアドレス	

③	事業所種別	
	事業所名、担当者	
	電話番号 FAX 番号	
	メールアドレス	
④	事業所種別	
	事業所名、担当者	
	電話番号 FAX 番号	
	メールアドレス	
⑤	事業所種別	
	事業所名、担当者	
	電話番号 FAX 番号	
	メールアドレス	
⑥	事業所種別	
	事業所名、担当者	
	電話番号 FAX 番号	
	メールアドレス	
⑦	事業所種別	
	事業所名、担当者	
	電話番号 FAX 番号	
	メールアドレス	

医師記載欄

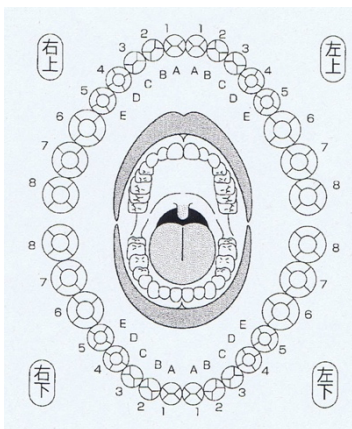
かかりつけ医①	記載日	年	月	日
住所・医療機関名・電話番号・担当医名		訪問予定日		
主な病名				
方針・注意点				
かかりつけ医②	記載日	年	月	日
住所・医療機関名・電話番号・担当医名		訪問予定日		
主な病名				
方針・注意点				

記載日 年 月 日	記入者
状況・連絡事項	
記載日 年 月 日	記入者
状況・連絡事項	
記載日 年 月 日	記入者
状況・連絡事項	
記載日 年 月 日	記入者
状況・連絡事項	

歯科医師連携欄

記載日 年 月 日	記入者
---------------------	------------

状況・連絡事項



記載日 年 月 日	記入者
---------------------	------------

状況・連絡事項

