

患者さんと家族のための地域連携パス

つながいゆう  
ささえ  愛 / ート



「つなが竜ヌウ」

# つながりゅう ささえ愛ノート はじめに

## このノートは

もの忘れ症状を有する方の基本情報、病状、治療法、療養方法などを記載できます。ご本人が医療ならびに介護サービスを利用する際に、各担当者へよりの確に、より迅速に利用者様の情報を伝え、病気の理解を促すとともに多職種連携を円滑に進める目的で作られたノートです。

## ご本人・ご家族へ

医療、介護サービス利用の際には常に携帯、提示していただくことをお願いいたします。ご質問、お願いなどは情報共有連絡票をご活用下さい。

## 医療関係者の方へ

検査結果、お薬情報、情報共有連絡票へのご返事などの記載をしていただくようお願いいたします。専門医療機関への診療情報提供書は、できるだけこのノートの書式をご利用いただく事をお願いいたします。

## 介護関係者の方へ

ご本人に関する基本情報の記載をよろしくお願いいたします。また、病状・療養上の変化、ご質問、お願いなどは情報共有連絡票をご活用下さい。

## このノートのご利用にあたって

- ご本人・ご家族は、ノートの利用にあたり、次ページの同意書にご記入ください。ノートの交付機関は、複写式の1枚目を市いきいき長寿推進課までご送付いただき、2枚目をノートに残してください。
- ご本人・ご家族及び介護関係者の方は「家族・介護のページ」、医療関係者の方は「医療機関のページ」にご記入ください。
- 「情報共有連絡票」のページは、ご本人に関わるすべての方が、質問、情報共有のページとしてご利用いただけます。
- すべての項目を無理に記入する必要はありません。不明な項目は空けておいてください。
- ご本人・ご家族は、お薬手帳をノート後部のクリアファイルに入れて携帯していただくようお願いいたします。
- 医療関係者、介護関係者の方は、ご本人の支援のため関係者で情報共有すべきと思われる資料について、ノートに適宜ファイリングしていただくようお願いいたします。
- このノートは、さいたま市内でのみご利用いただけます。

# もくじ

## 同意書

### 家族・介護関係者のページ

プロフィール	1
ご家族や知人などの連絡先	2
プロフィール（身体状況など）	3
これまでかかったことのある病気	4
かかりつけ医療機関等の連絡先	5

### 医療機関のページ

認知症診断、脳画像	7
検査所見、胸部 Xp 所見	8
治療効果	9

## 診療情報提供書

### 情報共有連絡票

連絡・質問内容例、記入例	11
情報共有連絡票	12

(複写式)

## 同意書

私は、本ノートに記載及びファイリングされている個人情報  
を、医療機関・介護サービス事業所などへ情報提供することに  
同意します。

この手帳は、家族もしくは介護者に責任を持って保管させま  
す。

平成 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

署名代行者名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

上記に同意し、家族（介護者）で責任を持って保管します。

家族等氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

家族・介護関係者のページ

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

記入日： 年 月 日 記入者： 関係：

ふりがな 名 前			性 別
			男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
生活状況	自宅・施設 (種別 ) (名称 )		
年金等受給 状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 厚生・共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
≪家族構成≫ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居			
主介護者名	( 歳)	続柄：	同居・別居
(家族構成図)			
<input type="checkbox"/> ：男性 <input type="checkbox"/> ：女性 <input type="checkbox"/> ：死亡 <input type="checkbox"/> ：本人   現在の同居者は○で囲む			





ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

記入日： 年 月 日

身長	cm	体重	kg
耳の聴こえ	難聴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左） 補聴器の使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左）		
視力の障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左）		
歩行状態	自立・杖・シルバーカー・車いす・寝たきり		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左） 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
禁忌薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（お薬名： ）		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（お薬： /食物： ）		
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）ml/日×（ ）年間		
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）本/日×（ ）年間（ ）年間禁煙		
習慣	（長年なじんだ習慣・好み・こだわり等）		
職業歴	現在： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 職歴：		
最終学歴	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校（旧制中学） <input type="checkbox"/> 大学		
性格	<input type="checkbox"/> 陽気 <input type="checkbox"/> 陰気 <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> ほがらか <input type="checkbox"/> 優柔不断 <input type="checkbox"/> せっかち <input type="checkbox"/> その他		

## ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

記入日：           年       月       日

### これまでにかかったことのある病気

- |                                                |   |                  |
|------------------------------------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病                   | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| <input type="checkbox"/> 高血圧                   | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 (心筋梗塞・不整脈・狭心症など) | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳梗塞・脳出血など)       | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| <input type="checkbox"/> 頭部外傷 (打撲・交通事故等)       | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患                  | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| <input type="checkbox"/> がん           部位 (     | ) |                  |
|                                                | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| <input type="checkbox"/> 骨折                    | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症                | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| <input type="checkbox"/> 肺結核                   | ( | 歳頃～現在治療中・治療中断)   |
| その他                                            |   |                  |
| ・病名 (                                          | ) | ( 歳頃～現在治療中・治療中断) |
| ・病名 (                                          | ) | ( 歳頃～現在治療中・治療中断) |
| ・病名 (                                          | ) | ( 歳頃～現在治療中・治療中断) |
| ・病名 (                                          | ) | ( 歳頃～現在治療中・治療中断) |

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

【かかりつけの医療機関】

医療機関名①			
診療科名			
主治医		電話番号	

医療機関名②			
診療科名			
主治医		電話番号	

医療機関名③			
診療科名			
主治医		電話番号	

医療機関名④			
診療科名			
主治医		電話番号	

【介護支援専門員】  
(ケアマネジャー)

【地域包括支援センター】  
(シニアサポートセンター)

事業所名		事業所名	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	
事業所名		事業所名	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

【その他利用している介護・看護サービス等】

事業所名		事業所名	
サービス種別		サービス種別	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	
事業所名		事業所名	
サービス種別		サービス種別	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	
事業所名		事業所名	
サービス種別		サービス種別	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	

【要介護度区分】

認定有効期間	介護認定	ケアマネ名
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援（１・２） <input type="checkbox"/> 要介護 （１・２・３・４・５）	
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援（１・２） <input type="checkbox"/> 要介護 （１・２・３・４・５）	
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援（１・２） <input type="checkbox"/> 要介護 （１・２・３・４・５）	
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援（１・２） <input type="checkbox"/> 要介護 （１・２・３・４・５）	

医療機関のページ

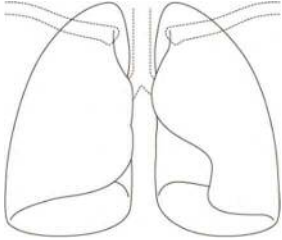
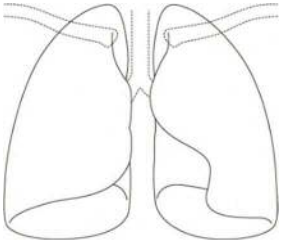
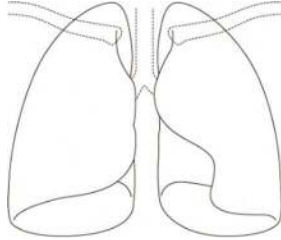


医師が記入してください

## 検査所見

	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
体 重					
血 圧	/	/	/	/	/
Hb					
TP					
ALB					
AST(GOT)					
ALT(GPT)					
クレアチニン					
血糖値					
HbA1C					

## 胸部 Xp 所見 (画像をお描きいただくか所見をご記入ください)

年 月 日	年 月 日	年 月 日
所見 あり・なし 	所見 あり・なし 	所見 あり・なし 

医師が記入してください

## 治療効果

年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	



医師が記入してください

## 治療効果

年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	
年 月 日	処方薬：
症状変化：	
医療機関名：	

# 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名、担当医

[  
  
  
  
  
  
  
先生

紹介元所在地、電話番号

[  
  
  
]

医療機関名、担当医

[  
  
  
]

患者氏名	性別 男 ・ 女
患者住所	
電話番号	職業
生年月日 明・大・昭和 年 月 日 ( 歳)	
傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

情報共有連絡票

## 情報共有連絡票

### 【連絡・質問内容例】

- ①薬関係
- ②火の始末
- ③車の運転
- ④金銭管理 (例：訪問販売で高額な物を買ってしまうなど)
- ⑤無関心、無気力 (例：入浴・着替えを嫌がるなど)
- ⑥社会的ルール (例：抑制が効かない、万引きをしてしまうなど)
- ⑦もの盗られ妄想
- ⑧被害妄想 (例：誰かに嫌がらせをされているなど)
- ⑨ありもしない幻が「見える」「聞こえる」
- ⑩夜間寝ない、昼間寝てしまう
- ⑪外に出ると道に迷う
- ⑫大声、暴言、怒りやすい、気分が変わりやすい
- ⑬近所や家族、施設の他利用者とのトラブル
- ⑭その他

### 記入例

( 家族 ) から ( 主治医 ) に連絡・質問です。

平成25年9月1日

内容 ( ⑦ )

財布や通帳をしまいこんではわからなくなり、「盗っただろう」と娘である私を責めます。大ゲンカになることもあり、介護への自信を失くしてしまいます。

(回答例)

症状が娘さんに対して強く出るのは、いつも近くにおいて一番頼りにしているからだと思われます。一緒に探し、うまく導いてご本人に見つけてもらうことも有効です。

回答者： ○○センター 医師

( 家族 ) から ( 主治医 ) に連絡・質問です。

平成25年9月1日

内容 ( ⑫ )

人が変わったように怒りっぽく、ときに粗暴になり困っています。こちらが怪我をしないか心配です。

(回答例)

介護者がまず落ち着き、上手に話題を変えるとか、いったんその場を離れてご本人が忘れるのを待つことも有効です。あまり激昂するようなら精神を安定させるお薬を処方することもできます。

回答者： ○○クリニック 医師

## 情報共有連絡票

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年            月            日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年            月            日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---

## 情報共有連絡票

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年      月      日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年      月      日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---

## 情報共有連絡票

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年      月      日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年      月      日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---

## 情報共有連絡票

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年      月      日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年      月      日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---



## 情報共有連絡票

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年      月      日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---

(                    ) から (                    ) に連絡・質問です。

年      月      日
内容 (                    )



回答

回答者 :

確認者サイン

---

## つながりゅう ささえ愛ノート

---

発行日： 平成28年1月

---

作成： さいたま市認知症対策方針検討会議

---

発行者： さいたま市

---



**作成:さいたま市認知症対策方針検討会議**

このノートは2,000部作成し、1部あたりの印刷経費は669円です。  
許可なく複製・無断転載することを禁じます。