

むすびあい手帳

この手帳を使うことにより、認知症の早期発見と適切な対応のために、ご本人、ご家族や医療、介護等の関係者が情報を共有し、円滑に連携することができます。

症状の変化に早く気がついて、地域で安心して暮らしていけることができるようにみんなで支援を考えていくための手帳です。



この手帳の使用方法

ご本人、ご家族の方へ

医師、介護支援専門員、介護サービス機関、薬剤師、地域包括支援センター等もこの手帳を見たり書いたりしますので受診時や相談時、サービス利用時は手帳を持参してください。

この手帳は、個人の責任で大切に保管・管理をしてください。

<手帳の内容>

【シート3】 個人情報に関する同意書 …記入しましょう。

【シート4】 支援体制・連絡先

【シート5】 私のプロフィール(ご本人の基本情報・経歴・想い)

【シート6】 情報共有連絡表…みんなで共有しましょう。

【シート7】 知恵を出し合う

…生活で困っていることをみんなで考えましょう

【シート8】 医療機関の経過記録

【シート9】 歯科治療・口腔ケア経過記録

【シート10】 日常生活の様子

【シート11】 生活経過記録

個人情報に関する同意書

私と家族は、安心して生活を続けられるように医療・介護等サービス提供者間で必要な情報を共有するために、この手帳を使用することに同意します。

平成 年 月 日

ご本人

(代筆)

二 家族

(続柄)

代理人

(関係)

＜緊急連絡先＞

	氏 名	電話番号	連絡のつく時間帯
①	(関係)		☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 時～ 時
②	(関係)		☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 時～ 時
③	(関係)		☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 時～ 時

支援体制・連絡先

開始日		医療機関等	
	かかりつけ 医	医師名:	
		連絡を受けやすい時間帯:	連絡を受けやすい方法:電話・FAX ・メール
		電話:	FAX:
		Eメール:	
	専門医	医師名:	
		連絡を受けやすい時間帯:	連絡を受けやすい方法:電話・FAX ・メール
		電話:	FAX:
		Eメール:	
	その他	医師名:	
		連絡を受けやすい時間帯:	連絡を受けやすい方法:電話・FAX ・メール
		電話:	FAX:
		Eメール:	
	薬局	電話:	訪問 有 ・ 無
開始日	関係機関	事業所名	電話
	ケアマネ ジャー	担当:	
	地域包括支 援センター		
	訪問看護		
	訪問介護		
	通所リハ		
	通所介護		
	ショート ステイ		
	施設入所		

支援体制・連絡先

変更日	医療機関等		
	かかりつけ 医	医師名:	
		連絡を受けやすい時間帯:	連絡を受けやすい方法:電話・FAX・メール
		電話:	FAX:
		Eメール:	
	専門医	医師名:	
		連絡を受けやすい時間帯:	連絡を受けやすい方法:電話・FAX・メール
		電話:	FAX:
		Eメール:	
	その他	医師名:	
		連絡を受けやすい時間帯:	連絡を受けやすい方法:電話・FAX・メール
		電話:	FAX:
		Eメール:	
	薬局	電話: 訪問 有 ・ 無	
変更日	関係機関	事業所名	電話
	ケアマネ ジャー	担当:	
	地域包括支 援センター		
	訪問看護		
	訪問介護		
	通所リハ		
	通所介護		
	ショート ステイ		
	施設入所		

支援体制・連絡先

変更日	医療機関等		
	かかりつけ 医	医師名:	
		連絡を受けやすい時間帯:	連絡を受けやすい方法:電話・FAX・メール
		電話:	FAX:
		Eメール:	
	専門医	医師名:	
		連絡を受けやすい時間帯:	連絡を受けやすい方法:電話・FAX・メール
		電話:	FAX:
		Eメール:	
	その他	医師名:	
		連絡を受けやすい時間帯:	連絡を受けやすい方法:電話・FAX・メール
		電話:	FAX:
		Eメール:	
	薬局	電話: 訪問 有 ・ 無	
変更日	関係機関	事業所名	電話
	ケアマネ ジャー	担当:	
	地域包括支 援センター		
	訪問看護		
	訪問介護		
	通所リハ		
	通所介護		
	ショート ステイ		
	施設入所		

私のプロフィール1(ご本人の基本情報)

(年 月記入)記入者: (関係:)

ふりがな	(性 別)
名 前	男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日(歳)
住所	
電話	
生活状況	☐ 自宅 ☐ 施設 (種別 名称)
《家族構成》	☐ 独居 ☐ 同居者有(人)
《主介護者名》	(歳)(続柄)
《身体状況》	
特定疾患	無 ・ 有(病名)
障害者手帳	無 ・ 有(精・身・療 級)
身長(cm) / 体重(kg)	
聴力	☐ 聞こえる ☐ 多少聞こえる ☐ 聞こえない ☐ 不明 補聴器(☐ 有 ☐ 無)
視力	☐ 見える ☐ 多少見える ☐ 見えない ☐ 不明 メガネ・コンタクト(☐ 有 ☐ 無)
アレルギー	☐ 無 ☐ 有 (お薬: 食物:)
タバコ	☐ 無 ☐ 有 (本 / 日)
飲酒	☐ 無 ☐ 有 (種類 量 / 日)
これまでにかかったことのある病気	
糖 尿 病	☐ 無 ☐ 経過観察中 ☐ 治療中() ☐ 不明
高血圧症	☐ 無 ☐ 経過観察中 ☐ 治療中() ☐ 不明
心臓病(狭心症・心筋梗塞)	☐ 無 ☐ 経過観察中 ☐ 治療中() ☐ 不明
脂質異常症	☐ 無 ☐ 経過観察中 ☐ 治療中() ☐ 不明
甲状腺機能低下症	☐ 無 ☐ 経過観察中 ☐ 治療中() ☐ 不明
脳卒中(脳梗塞・脳出血)	☐ 無 ☐ 経過観察中 ☐ 治療中() ☐ 不明
精 神 疾 患	☐ 無 ☐ 経過観察中 ☐ 治療中() ☐ 不明
頭部外傷 (打撲・交通事故等)	☐ 無 ☐ 経過観察中 ☐ 治療中() ☐ 不明
感 染 症	☐ 無・過去に肺結核にかかったことが(☐ 有 ☐ 無) ☐ 不明 ☐ 治療中(肺結核・B型肝炎・C型肝炎・他)
その他(病名, 治療の有無など)	

私のプロフィール2(おもな経歴・ご本人・ご家族の想い)

《今までのくらしのことをお書き下さい》

生まれたところはどこですか

育ったところはどこですか

お仕事をしていた方は, どんなお仕事でしたか

仕事内容

好きなこと, 好きだったことはなんですか

《私の楽しみ・よろこびは・・・》

・私のやりたいことやねがいは・・・

《ご家族から・・・》

・ご家族から伝えたいことや知っていてほしいことは・・・

《その他知っていてほしいこと》

情報共有連絡表

[illegible]

【 シート6 】

情報共有連絡表

[illegible]

情報共有連絡表

[illegible]

情報共有連絡表

[illegible]

ご本人がより快適に穏やかに暮らしていけるように、「うまくいった対応」「相談したいこと」などを関係者で知恵を出し合いましょう。

[illegible][illegible]