

# わたしの大切な情報

氏名

ふりがな

男・女

生年月日

大正 ・ 昭和 ・ 平成

年 月 日 歳

住所

〒 —

医療機関の受付用の  
NFC タグや  
本人確認用の写真などを  
貼付してください。

非常時に連絡がつく電話番号

(本人) —

(本人以外) —

血液型

お名前 続柄

(Rh )型

## かかりつけ医療機関・介護事業所

担当：

担当：

担当：

担当：

担当：

担当：

担当：



## おもな病気（慢性疾患など）

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 処方薬に関する禁忌・注意事項

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## アレルギー歴

有・無

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 副作用歴

有・無

医薬品名

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

介護保険情報は次頁⇒

被保険者番号等

医療保険

介護保険

介護保険認定状況

介護度

認定有効期間

年 月 日

~

年 月 日

年 月 日

~

年 月 日

年 月 日

~

年 月 日

服薬中の一般薬など・メモ

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

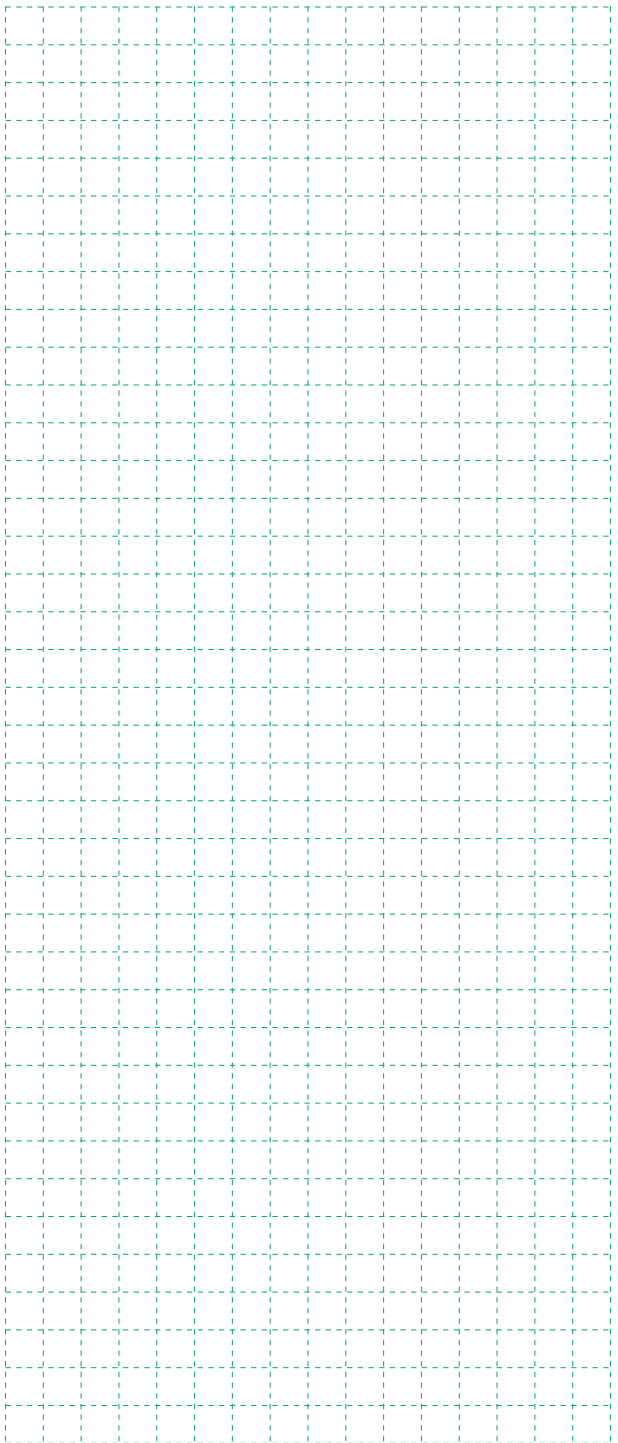
-----

-----

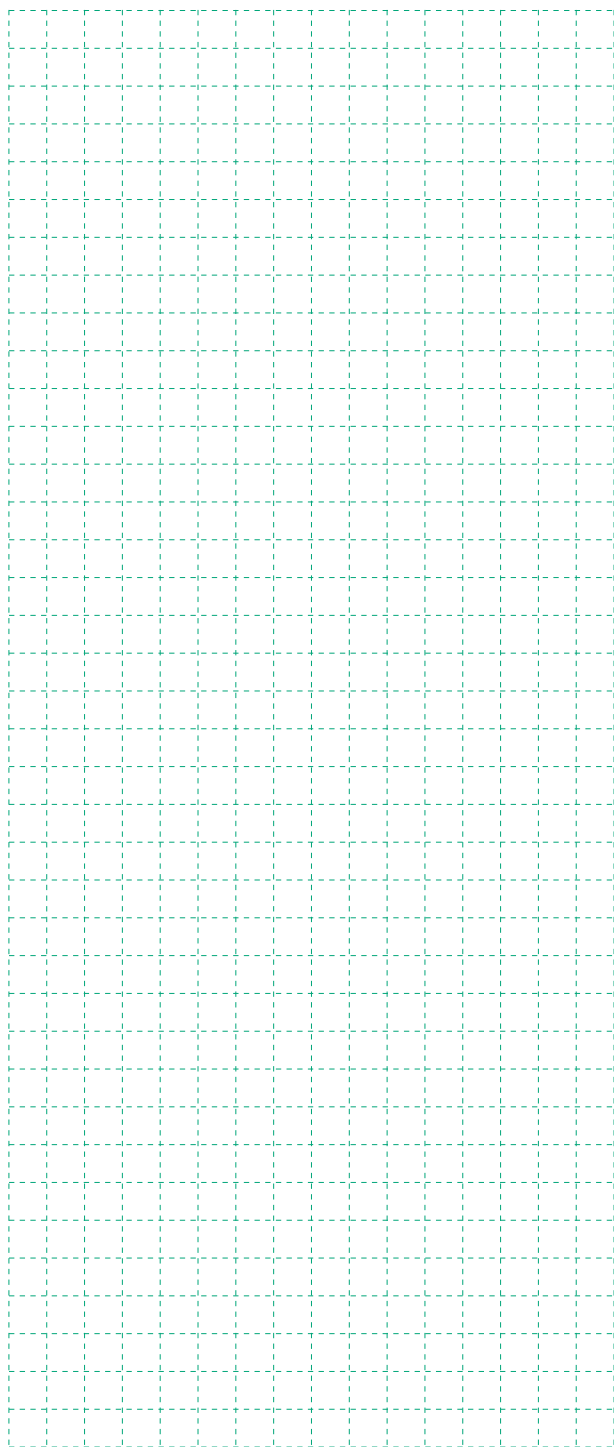
-----

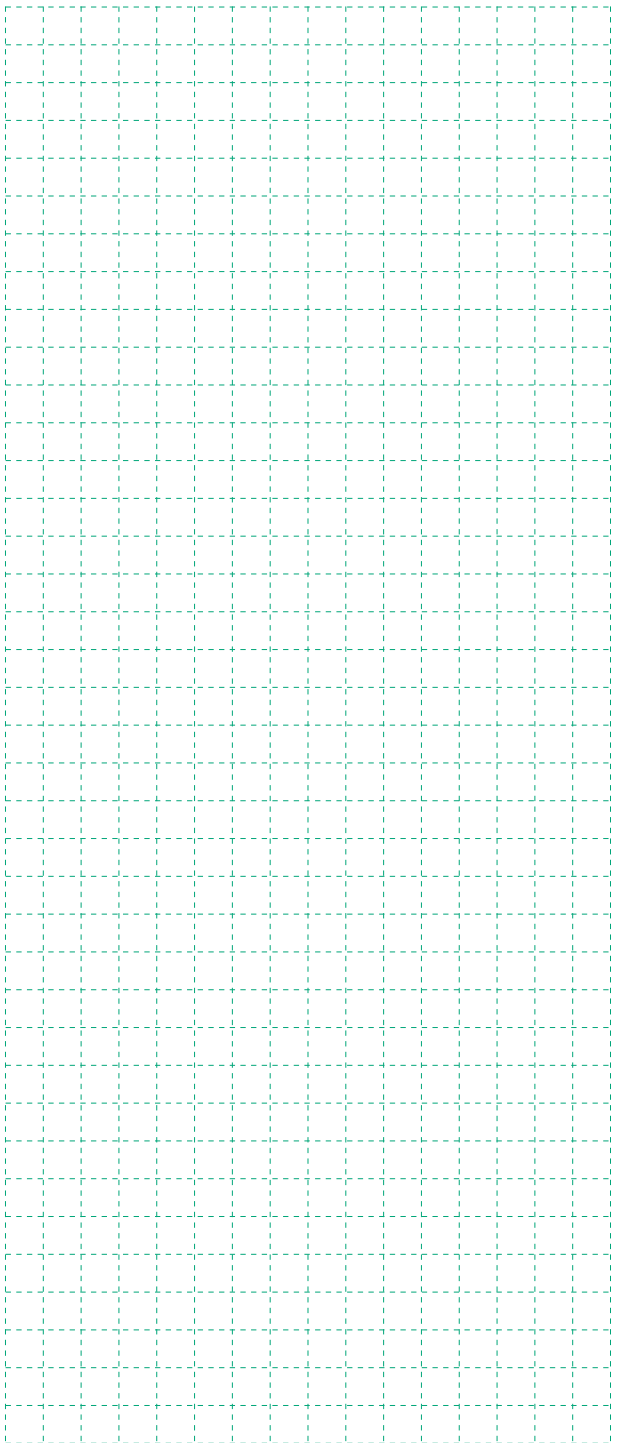
-----











# 生活行為向上リハビリテーション実施計画

年 月 日現在

本人の生活行為の目標		
家族の目標		
実施期間		社会適応訓練期( 年 月 日 ~ 年 月 日)
		【通所頻度】 回 / 週
活動	プログラム	
	自己訓練	
心身機能	プログラム	
	自己訓練	
参加	プログラム	
	自己訓練	



【支援内容の評価】

# 生活行為向上リハビリテーション実施計画

年 月 日現在

本人の生活行為の目標		
家族の目標		
実施期間		通所訓練期 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )
		【通所頻度】 回 / 週
活動	プログラム	
	自己訓練	
心身機能	プログラム	
	自己訓練	
参加	プログラム	
	自己訓練	

【支援内容の評価】

# 興味・関心チェックシート 1

年 月 日現在

生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレに行く			
一人でお風呂に入る			
自分で服を着る			
自分で食べる			
歯磨きをする			
身だしなみを整える			
好きなときに眠る			
掃除・整理整頓			
料理を作る			
買い物			
家や庭の手入れ・世話			
洗濯・洗濯物たたみ			
自転車・車の運転			
電車・バスでの外出			
孫・子供の世話			
動物の世話			
友達とおしゃべり・遊ぶ			
家族・親戚との団らん			
デート・異性との交流			
居酒屋に行く			
ボランティア			
地域活動（町内会・老人クラブ）			
お墓参り・宗教活動			
その他（ ）			
その他（ ）			

# 興味・関心チェックシート 2

年      月      日現在

生活行為	している	してみたい	興味がある
生涯学習・歴史	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
読書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
俳句	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
書道・習字	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
絵を描く・絵手紙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
パソコン・ワープロ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
写真	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
映画・観劇・演奏会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お花・お茶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歌を歌う・カラオケ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
音楽を聴く・楽器演奏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体操・運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
散歩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ダンス・踊り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
野球・相撲等の観戦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
競馬・競輪・競艇・パチンコ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
編み物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
針仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
畑仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
賃金を伴う仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
旅行・温泉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（    ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（    ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# 基本チェックリスト (生活機能評価)

年 月 日現在

No.	質問項目	回答		得点
暮らしぶりその1	1	バスや電車で1人で外出していますか		
	2	日用品の買い物をしていますか		
	3	預貯金の出し入れをしていますか		
	4	友人の家を訪ねていますか		
	5	家族や友人の相談にのっていますか		
		No.1~5の合計		
運動器関係	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか		
	8	15分間位続けて歩いていますか		
	9	この1年間に転んだことがありますか		
	10	転倒に対する不安は大きいですか		
		No.6~10の合計		
栄養関係	11	6ヵ月間で2~3Kg以上の体重減少はありましたか		
	12	身長 (            cm) 体重 (            Kg) ※BMI 18.5未満なら該当 ※BMI 【=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)】	BMIの数値 (            )	
口腔機能等の関係	13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか		
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか		
	15	口の渇きが気になりますか		
		No.13~15の合計		
(暮らしぶりその2) 認知機能	16	週に1回以上は外出していますか		
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		
	18	周りの人から『何時も同じ事を聞く』などの物忘れがあるとわれますか		
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか		
		No.16~20の合計		
	No.1~20の合計			
こころ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感が無い		
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていた事が楽しめなくなった		
	23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていた事が今ではおっくうに感じられる		
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない		
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		
		No.21~25の合計		

## ☆チェック方法

解答欄のはい、いいえの前にある数字(0又は1)を得点欄に記入して下さい。

☆基本チェックリストの結果の見方

基本チェックリストの結果が下記に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談下さい。

- No.1~20までの20項目のうち10項目以上に該当する場合
- No.6~10までの5項目うち3項目以上該当する場合
- No.11及びNo.12のうち2項目すべてに該当する場合
- No.13~15までの3項目のうち2項目以上に該当する場合

## 生活機能評価（検査）の記録

受診年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体測定	身長	cm	cm	cm
	体重	Kg	Kg	Kg
	BMI			
血圧 H/L		/ mmhg	/ mmhg	/ mmhg
SpO2		%	%	%
心電図				
貧血検査	赤血球	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>
	血色素 (ヘモグロビン値)	g/dℓ	g/dℓ	g/dℓ
	ヘマトクリット値	%	%	%
血清アルブミン値		g/dℓ	g/dℓ	g/dℓ
反復嚔下テスト		回	回	回
基本 チエック リスト	総合	/20	/20	/20
	運動機能評価	/5	/5	/5
	栄養改善	/2	/2	/2
	口腔機能向上	/3	/3	/3
	閉じこもり	/2	/2	/2
	物忘れ	/3	/3	/3
	うつ	/5	/5	/5
指導区分				
総合的指示事項				
実施機関名				

### 【特記事項】



# 活動

年 月 日現在

アセスメント項目		現状	改善の可能性	課題の重要性	モニタリング	評価の内容の記載方法
基本的動作	起き上がり					3: 自立 2: 見守り 1: 一部介助 0: 全介助 9: 把握していない
	立位保持					
	床からの立ち上がり					
	移動能力 (TUG: 6分間歩行)					
他	服薬管理					3: 自立 2: 見守り 1: 一部介助 0: 全介助
	HSD-R					点数を記載
ADL	食事					10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
	椅子とベッド間の移動					15: 自立 10: 最低限の介助 5: 部分介助 0: 全介助
	整容					5: 自立 0: 部分・全介助
	トイレ動作					10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
	入浴					5: 部分介助 0: 全介助
	平地歩行					10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
	階段昇降					
	更衣					
	排便コントロール					
排尿コントロール						
ADL 合計						

※課題重要性は『現状』と『改善の可能性』から取り上げる課題の優先順位をつける。

※ADLは『している』状況について記載する。

## 【特記事項】

# 活動

年 月 日現在

アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題の重要性	モニタリング	評価の内容の記載方法
I A D L	食事の用意				※IADL評価点 0：していない 1：まれに 2：時々 3：週3回
	食事の片付け				
	洗濯				
	掃除や整頓				
	力仕事				
	買い物				
	外出				
	屋外歩行				
	趣味				
	交通手段の利用				
	旅行				
	庭仕事				
家や車の手入れ				0：していない 1：電球取替え等 2：月一回程度 3：月二回程度	
読書				0：していない 1：まれに 2：月一回程度 3：月二回程度	
仕事				0：していない 1：週1～9時間 2：週10～25時間 3：週30時間以上	
IADL 合計					

※課題重要性は『現状』と『改善の可能性』から取り上げる課題の優先順位をつける。

※IADLは『している』状況について記載する。

## 【特記事項】

## 予防接種の記録

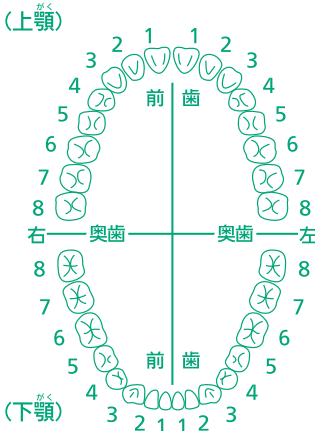
日付	予防接種の種類および実施医療機関
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

【特記事項】

## 歯式とは？

お口の中を4ブロックに分け、前歯から奥歯へ  
1から8の番号を振って区別します。

患者正面から見た図



要治療のむし歯	なし								あり (      本)
歯石	なし								あり
歯肉の炎症	なし								あり (要指導) あり (要治療)
特記事項									
施設名 又は 担当者名									

歯の状態記号：健全歯 / むし歯 (未処置歯) C  
処置歯 ○ 喪失歯 △

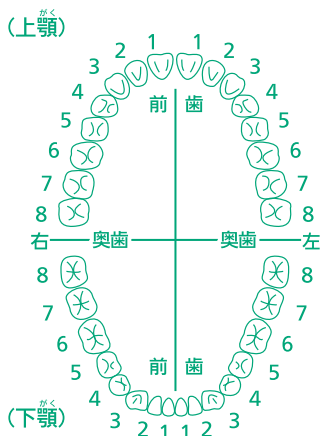
年 月 日診査								施設名又は担当者名										
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし	あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし	あり (要指導) あり (要治療)
特記事項																		
年 月 日診査								施設名又は担当者名										
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし	あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし	あり (要指導) あり (要治療)
特記事項																		
年 月 日診査								施設名又は担当者名										
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし	あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし	あり (要指導) あり (要治療)
特記事項																		
年 月 日診査								施設名又は担当者名										
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし	あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし	あり (要指導) あり (要治療)
特記事項																		

唾液分泌量の低下は、口内感染や歯周病が進行しやすくなります。  
プラークコントロールと定期検診で口内をメンテナンスしましょう。

## 歯式とは？

お口の中を4ブロックにわけ、前歯から奥歯へ1から8の番号を振って区別します。

患者正面から見た図



要治療のむし歯	なし あり ( 本)
歯石	なし あり
歯肉の炎症	なし あり (要指導) あり (要治療)
特記事項	
施設名 又は 担当者名	

歯の状態記号：健全歯 / 処置歯 ○ むし歯 (未処置歯) C 喪失歯 △

年 月 日診査										施設名又は担当者名							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし あり (要指導) あり (要治療)
特記事項																	
年 月 日診査										施設名又は担当者名							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし あり (要指導) あり (要治療)
特記事項																	
年 月 日診査										施設名又は担当者名							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし あり (要指導) あり (要治療)
特記事項																	
年 月 日診査										施設名又は担当者名							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし あり (要指導) あり (要治療)
特記事項																	

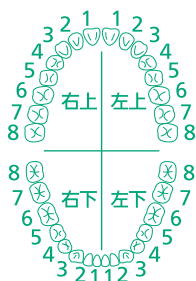
唾液分泌量の低下は、口内感染や歯周病が進行しやすくなります。プラークコントロールと定期検診で口内をメンテナンスしましょう。





# かかりつけ 連携手帳のご利用方法

- この手帳は、患者さんの持病やアレルギー歴、要介護度、かかりつけの医療機関や介護事業所で受けた治療や処方情報を、本人、家族、医療や介護のスタッフの皆で共有するためのものです。
- 最初の見開きページに、患者さん本人と家族、かかりつけの医療機関や介護事業所の担当者が、患者さんの基本的な情報を記入しましょう。
- ノートのページには、かかりつけの医療機関や介護事業所の担当者が、患者さんの心身の状態や治療や処置、くすりの処方を記入します。日付と記入者名も書いてください。カルテや日記帳ではありませんので、診療や日常の出来事を詳細に書く必要はありません。治療や処置、お薬が変わったときや新しく処方されたときなど、重要なポイントを簡潔に書いてください。本人や家族が書き込んでもかまいません。処方シールや検査データを貼り付けることもできます。「おくすり手帳」と併用してもよいでしょう。
- 歯科のカルテには「歯式」といって歯のイラストが描いてあり、どの歯がどのような状態で、どのような治療・処置を行ったかが記録されています。この手帳には、もっと簡略化した「歯式」で記入しますので、どの歯を指しているのか、下図を参考にしてください。



〈正面から見た図〉

## 歯式

右上	左上
87654321	12345678
87654321	12345678
右下	左下

〈簡略化した歯式〉



## 【記入例】

### わたしの大切な情報

氏名 ふりがな

男・女

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成  
年 月 日 歳

住所 〒 -

医療機関の受付用の  
NFC タグや  
本人確認用の写真などを  
貼付してください。

非常時に連絡がつく電話番号

(本人) - -

(本人以外) - -

血液型

お名前 続柄 (Rh )型

#### かかりつけ医療機関・介護事業所

駅前薬局 03-6827-76XX

担当: 山野 みどり

駒込クリニック 03-6835-38XX

担当: 駒込 太郎

山王介護センター 03-6435-50XX

担当: 原田 稔 (090-7655-23XX)

サト一訪問看護・介護ステーション 03-3531-78XX

担当: 佐藤 花子

デンタルあさい 03-3571-20XX

担当: 浅井 太郎

電話番号を記載

サト一福祉用具貸与サービス 03-5745-74XX

担当: 佐藤 太郎

担当:

## 【記入例】

### おもな病気（慢性疾患など）

- ①脳梗塞（左片麻痺）
- ②認知症
- ③高血圧症
- ④便秘

### 処方薬に関する禁忌・注意事項

禁忌はなし

抗凝固薬注意

プラザキサ 75mg 服用中

### アレルギー歴

有  無 ケフラールでじんましん

なるべく具体的薬剤名で

### 副作用歴

有  無 2011.2.5

なるべく日付も

医薬品名 芍薬甘草湯で低カリウム血症



# 【記入例】

10/2 AM 10:00 <往診> 日中独居、認知症状進行。  
アリセプト増量で対応 5mg → 8mg  
駒込クリニック (駒込)

日付と時間をいれる

記入者名を書く

医療機関名を入れる

10/2 <駅前薬局>

お薬手帳ラベルを貼る

実施済 処方 外来 駒込太郎先生 朝  
院外

薬剤師訪問依頼

Rp01

アリセプト D錠 5mg ◎ 1錠  
分1: 朝食後 49日

Rp02

アリセプト D錠 3mg ◎ 1錠  
分1: 朝食後 49日

Rp03

プロプレス錠 4mg ◎ 1錠  
分1: 朝食後 49日

Rp04

【般】センノシド錠 12mg 1錠  
便秘時 21回  
増量しても1回2錠まで

----- 以上本日情報 -----

----- 終わり -----

山野みどり

10/12 <訪問看護> PM 15:00

本日午前中入浴サービスがあったが  
その時に血圧190/120となっていて  
入浴中止。  
午後訪問時は136/90と血圧は  
落ちつく。

サトー訪問看護・介護ステーション

佐藤

## 【記入例】

11/15 転倒にて右大腿骨頸部骨折  
三田病院救急搬送、手術  
10/18~11/15まで入院 (本人記入)

11/29 <駒込クリニック外来> AM 10:00  
退院後、当院へ通院  
手術痕が気になり、  
夜眠れない (駒込)

11/30 <駅前薬局> 10/2のdo処方と  
追加された薬

Rp05

ロキソニン錠	60mg	1錠
		14回分
レンドルミンD錠	0.25mg	1錠
分：就寝前		14日

繰り返す情報、特にお薬のdo処方などは、ラベル等を加工して、新しく処方されたもののみを貼りつける場合もある。その場合、いつの処方のdoであるかを明示し、処方内容全体が迷子にならないよう注意すること。

12/4 <訪問歯科> PM 13:30

7	_____		7	欠損 (総入れ歯)
7-4	2+2	4-7		欠損 (部分入れ歯)
3	3			歯周病
	3			う蝕

- ・左下の犬歯 おし歯治療
  - ・下の歯 歯石除去
- デンタルあさい

歯式、治療内容、口腔清掃、指導内容などを書く。

# 【記入例】

1/18 三田病院にて定期検査の結果

[院内検査 (1)]

1332634



(2015.01.18)

[院内検査 (1)]

1332634



(2015.01.18)

生化学 (1)

2015.01.18 (肝外)

検体番号 2300359

すべて至急

GOT	20
GPT	20
LDH	172
ALP	279
TP	6.7
ALB	4.1
UA	5.9
UN	16
CRE	0.81
T-BIL	0.8
T-CHO	172
C-BIL	0.1
NA	137
K	4.4
CL	103
CA	8.7
I-P	3.0
G-GTP	62H
CHE	285
TG	78
ニュカビ	0
ヨケツ	0
GLU	106
** グリコ HB/X **	**
HBA1C/X	5.3

** グリコ HB **	**
A1C - NGSP	5.7
ALB (G)	4.2

血液学

2015.01.18 (肝外)

検体番号 2300359

すべて至急

** ケツン **	**
WBC	4.2
RBC	4.18
HGB	14.0
HCT	39.5
MCV	94.5
MCH	33.5H
MCHC	35.4
PLT	243

=====

検査データを  
切り貼りする

# 【記入例】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

## サービス実施記録

利用者 利用者 1 様

担当 佐藤 花子

2015年01月20日(火)08:47~09:13

## ◎予定外

### 介護内容

トイレ介助 パッド交換 食事介助(一部)

全身清拭消毒 服薬確認 服薬介助 点滴管理

### バイタル

血圧 138 / 90 mmHg

体温 36.8℃ 脈拍 80回

### 様子

顔色 よし 食欲 あり 食事量 完食

## サトー訪問看護・介護ステーション

〒153-0064 東京都目黒区下目黒 0-0-0

TEL 03-3531-78XX FAX 03-3531-78XX

--	--	--

訪問看護・介護の提供実施表を貼る

