# 在宅医療・介護連携手帳



-般社団法人 札幌市医師会・札幌市

#### 目 次

		□手帳の使い方1 □ジップ付きポケットの使い方2	
患者	情報	□わたしのプロフィール ········3 ~ 4 □わたしの病気〜治療中〜 ·······5 ~ 6 □わたしの病気〜過去の病歴〜 ······7 ~ 8	
	ノつけ 報	<ul><li>□介護支援専門員 ·················9</li><li>□かかりつけ在宅医 ············10</li><li>□訪問看護ステーション ··········11 ~ 12</li><li>□かかりつけ薬局 ···········13</li><li>□かかりつけ歯科医 ·········14</li></ul>	
	重連携 報	□介護情報 ···············15 □栄養情報 ············16 □利用しているサービス情報 ·····17 ~ 18 □必要なケア~医療処置~ ········19 □必要なケア~リハビリ~ ········20 □情報共有シート ·······21 ~ 22	
伝言	情報	□わたしの想い ·······23 ~ 24 □家族やみんなの想い ·····25 ~ 26	
		□同意署名欄27	

バインダー式で必要なページを追加できます。追加した項目に ▼ を付けておくと便利です。



# 在宅医療・介護連携手帳の使い方について



- ○この手帳は、ご本人の医療情報や介護情報、病 状について記録する在宅カルテです。
- ◎かかりつけ医、ケアマネジャー、看護師、各サービス事業所など多職種の関係者と情報共有することで、今後の在宅医療の工夫に役立てたり、ご本人の変化に早期に気づくことで、症状の悪化を防ぐことも可能になります。
- ○現在の症状を適時記録しておくことで、今後、病院に入院になった場合や、施設に入所した場合も、このシートを提示することで、すぐにこれまでのご様子をご理解いただけると思います。
- ◎シートが足りなくなった場合は、札幌市医師会のホームページからダウンロードすることも可能です。
- ◎付属品に名刺入れとジップ付きポケットがありますので、ご活用ください。

ジップ付きポケットに 次のものを入れておくと 医療や介護状況を伝えるときに便利です。

@	∌
	□医療保険証
	□介護保険証
	□障がい者手帳
	お薬手帳(ぜたと思う
	□診察券
	□非常用のお薬
	□検査結果

入れたものを忘れないように ▼を付けておきましょう。

# **♪** わたしのプロフィール

# **わたしのプロフィール**

個人	(ふりがな) 氏 名	
人情報	性 別	男性・女性
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
連絡先	住 所	
	電話番号	自宅
		携帯
	F A X	
		T
身	血液型	A型・B型・O型・AB型
身体情報①	ш/Х±	$\square$ RH( + ) $\square$ RH( - )
報 1	身長	cm (年月)
		kg ( 年 月)
	体 重	kg ( 年 月)
		kg ( 年 月)

身			あり	□なし		
身体情報②	アレルギー	薬。廖				
和 2	アレルモー	食物☞				
		その他®				
	特記事項					
家	連絡先①	氏名(続柄)			(	)
豕族構成	同居 □している	電話				
灰	□していない	住所				
	連絡先②	氏名 (続柄)			(	)
	同居 □している	電話				
	□していない	住所				
	連絡先③	氏名 (続柄)			(	)
	同居 □している	電話				
	□していない	住所				

### わたしの病気 治療中

#### わたしの病気 治療中

~ .		
دكن	NOT	
	J#F	ш.
<i></i>	7.77	

病 名 (何歳頃から)		( 歳頃から)
医療機関名		
診療科		科
医 師 名		
電話・FAX	<b>T</b> FAX	
現在の状況	□ 通 院 (頻度: □ 訪 問 (頻度: □ その他 (	) ) )
薬の処方	□あり □なし	
病 名 (何歳頃から)		( 歳頃から)
(何歳頃から) 医療機関名		( 歳頃から)
(何歳頃から)		( 歳頃から) 科
(何歳頃から) 医療機関名		
(何歳頃から) 医療機関名 診療科	<b>☎</b> FAX	
<ul><li>(何歳頃から)</li><li>医療機関名</li><li>診療 科</li><li>医師 名</li></ul>	FAX □ 通 院 (頻度: □ 訪 問 (頻度: □ その他 (	

病 名 (何歳頃から)		( 歳頃から)
医療機関名		
診療科		科
医 師 名		
電話・FAX	<b>☎</b> FAX	(
現在の状況	□ 通 院(頻度: □ 訪 問(頻度: □ その他(	) ) )
薬の処方	□ あり □ なし	
7 7 7		
病 名 (何歳頃から)		( 歳頃から)
病 名 (何歳頃から) 医療機関名		( 歳頃から)
病 名 (何歳頃から)		( 歳頃から) 科
病 名 (何歳頃から) 医療機関名		
病 名 (何歳頃から) 医療機関名 診 療 科	<b>☎</b> FAX	科
病 名 (何歳頃から) 医療機関名 診 療 科 医 師 名		科

#### わたしの病気 過去の病歴

#### わたしの病気 過去の病歴

病 名 (何歳頃)			(	歳頃)
医療機関名				
診療科			科	
医 師 名				
電話・FAX		FA	ΑX	
病気の経過	□治癒	□ その他(		)
特記事項				
病 名 (何歳頃)			(	歳頃)
医療機関名				
診療科			科	
医 師 名				
電話・FAX	<b>2</b>	FA	λX	
病気の経過	□治癒	□ その他(		)
特記事項				

病 名 (何歳頃)		(	歳頃)
医療機関名			
診療科		科	
医 師 名			
電話・FAX	<b>T</b> FAX		
病気の経過	□ 治癒 □ その他(		)
特記事項			
. <del></del>			
病 名 (何歳頃)		(	歳頃)
		(	歳頃)
(何歳頃)		( 科	歳頃)
(何歳頃)			歳頃)
<ul><li>何 歳 頃 )</li><li>医療機関名</li><li>診 療 科</li></ul>	<b>☎</b> FAX		歳頃)
<ul><li>何 歳 頃 )</li><li>医療機関名</li><li>診 療 科</li><li>医 師 名</li></ul>			歳頃)



### 介護支援専門員 ケアマネジャー

٥٥	
,	

## かかりつけ在宅医

利用開始日	年	月		利用開始日		年	月	В
事業所名				医療機関名				
担 当 者 名				医師名				
				電話番号				
電話番号				F A X				
F A X				利用状況	*曜日・時間等			
利用開始日	年	月		利用開始日		年	月	$\Box$
事業所名				医療機関名				
				医 師 名				
担当者名				電話番号				
電話番号				F A X				
F A X				利用状況	*曜日・時間等			
				13 713 12 773				
利用開始日	年	月		利用開始日		年	月	$\Box$
車 業 正 夕				医療機関名				
事業所名				医 師 名				
担当者名								
■ 詳 <del>求</del> □				電話番号				
電話番号				F A X				
F A X				利 用 状 況	*曜日・時間等			



## 訪問看護ステーション



### 訪問看護ステーション

 $\Box$ 

利用開始日		年	月			利用開始日		年	月
事業所名						事業所名			
担当者名						担当者名			
電話番号			FAX			電話番号			FAX
利用状況	*曜日・時間等					利用状況	*曜日・時間等		
利用開始日	:	年	月			利用開始日		年	月
事業所名						事業所名			
担当者名						担当者名			
電話番号			FAX			電話番号			FAX
利用状況	*曜日・時間等					利用状況	*曜日・時間等		
					•				
利用開始日	:	年	月	$\Box$		利用開始日		年	月
事業所名						事業所名			
担当者名						担当者名			
電話番号			FAX			電話番号			FAX
利用状況	*曜日・時間等		<u>.                                      </u>			利用状況	*曜日・時間等		



### かかりつけ薬局



#### かかりつけ歯科医

薬局名	
電話番号	
F A X	
薬局名	
電話番号	
F A X	
薬局名	
電話番号	
F A X	
薬局名	
電話番号	
F A X	

歯科医院名	
歯科医師名	
電話番号	
F A X	
歯科医院名	
歯科医師名	
電話番号	
F A X	
歯科医院名	
歯科医師名	
電話番号	
F A X	
	あり

お願い

この手帳のポケットに お薬手帳を保管しておきましょう

#### 介護情報



※ケアマネジャーの方がご記入ください

			介	護認定
	期	間		介護認定区分
~	年 年	月月		[要支援] 1·2 [要介護] 1·2·3·4·5
~	年 年	月月		[要支援]1·2 [要介護]1·2·3·4·5
~	年 年	月月		[要支援] 1・2 [要介護] 1・2・3・4・5
$\sim$	年 年	月月		[要支援] 1・2 [要介護] 1・2・3・4・5

	認知症高齢者の日常生活自立度					
	期	間		区分		
~	年 年	月月		自立・I・Ia・Ib・IIa IIb・IV・M		
~	年 年	月 月		自立・I・Ia・Ib・IIa IIb・IV・M		

	障がい高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)					
	期	間		区分		
~	年 年	月月		自立・J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2		
~	年 年	月月		自立・J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2		

### 栄養情報



※医師・歯科医師・ST・栄養士の方がご記入ください

食事で気を	で付けていること、知ってほしいこ	٤
栄養士	所 属	
	栄養士名	
言語聴覚士	所 属	
一百品物兒上	言語聴覚士名	
食事形態		
補助食品		
食事制限		
禁止食品		
食事介助	□ 自 立 □ 一部介助( □ 全 介 助(	)
食 具	<ul><li>□ はし □ スプーン □ フォーク</li><li>□ その他 (</li></ul>	)
好きな食べ物		
苦手な食べ物		

特記事項	年月日	記載者

### 利用しているサービス情報



### 利用しているサービス情報

※ケアマネジャーの方がご記入ください

□ ヘルパー □ ショート □ 配食サー	ステイ	□ デイヤ □ 訪問サ □ その他	ナービス	)
利用開始日		年	月	
事業所名				
担当者名				
電話番号			FAX	
利 用 状 況 (曜日·時間等)				
□ ヘルパー □ ショート □ 配食サー	ステイ	□ デイサ □ 訪問サ □ その他	ナービス	)
□ ショート	ステイ	<ul><li>□ 訪問も</li><li>□ その他</li></ul>	ナービス	)
□ ショート□ 配食サー	ステイ	<ul><li>□ 訪問も</li><li>□ その他</li></ul>	ナービス 也( 	)
□ ショート □ 配食サー 利用開始日	ステイ	<ul><li>□ 訪問も</li><li>□ その他</li></ul>	ナービス 也( 	)
□ ショート □ 配食サー 利用開始日 事業所名	ステイ	□ 訪問 t □ その他  年	ナービス 也( 	)

※ケアマネジャーの方がご記入ください

□ ヘルパー □ ショート □ 配食サー	ステイ			)
利用開始日		年	月	
事業所名				
担当者名				
電話番号			FAX	
利 用 状 況 (曜日·時間等)				
□ ヘルパー □ ショート □ 配食サー	ステイ			)
□ ショート	ステイ	□ 訪問 <sup>-</sup> □ その(	サービス	)
□ ショート□ 配食サー	ステイ	□ 訪問 <sup>-</sup> □ その(	サービス 他( ————	)
□ ショート □ 配食サー 利用開始日	ステイ	□ 訪問 <sup>-</sup> □ その(	サービス 他( ————	)
□ ショート □ 配食サー 利用開始日 事業所名	ステイ	□ 訪問 <sup>-</sup> □ その(	サービス 他( ————	)

#### 必要なケア 医療処置



※医師・看護師の方がご記入ください

記 載 年月日	医療機器・ケア内容	記載者
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

### 必要なケア(リハビリ



※ PT・OT・ST の方がご記入ください

記載年月日	リハビリの内容	記載者
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		





# 情報共有シートの命令



年月日	連絡事項・メモ	職種	記入者名
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			

年月日	連絡事項・メモ	職種	記入者名
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			

#### わたしの想い

#### わたしの想い

(例) 楽しかった思い出や嬉しいと思うこと、伝えたいことなど

記載日:	年月	<u> </u>	ご本人以外の代筆者	
				*4' A'
記載日:	年 月		ご本人以外の代筆者	
				14'A'
記載日:	年 月		ご本人以外の代筆者	
				, 4, 5, , 6, 6,

(例) 楽しかった思い出や嬉しいと思うこと、伝えたいことなど

記載日:	年月	<u>B</u>	ご本人以外の代筆者	
				,4,5, ,4,5,
記載日:	年月		ご本人以外の代筆者	
				,4, v,
記載日:	年月		ご本人以外の代筆者	
				,4,8, ,0,8,

#### 家族やみんなの想い

#### 家族やみんなの想い

(例) 楽しかった思い出や、ご本人へ伝えたいことなど

(例) 楽しかった思い出や、ご本人へ伝えたいことなど

記載日: 年 月 日 記載者 記載日: 年 月 日 記載者 記載日: 年 月 日 記載者

記載日:	年 月	<u> </u>	記載者	
				_ , , , ,
記載日:	年月		記載者	
				_ ,4,5,
記載日:	年月		記載者	
				- '4', b'

#### 本連携シートを 多職種間の情報共有に使用することを同意します。 患者氏名 同意者氏名 同意日 令和 月 年

# 在宅医療・介護・認知症 ナポートセンタ

住み慣れた地域で安心して生活できる環境づくりをお手伝いします。

- 認知症医療に関する相談
- 在宅医療に関する紹介・相談



多職種連携の推進

在宅医療・介護・認知症サポートセンター



いっしょに やろうよ



受付時間 午前10時~午後5時(月~金)

(祝日・年末年始を除く)

※保健師・看護師が対応いたします

一般社団法人札幌市医師会 札幌市中央区大通西 19 丁目 ☎ 011 (611) 4181 (代表)

http://www.spmed.jp



-27-

2019.9 作成