

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

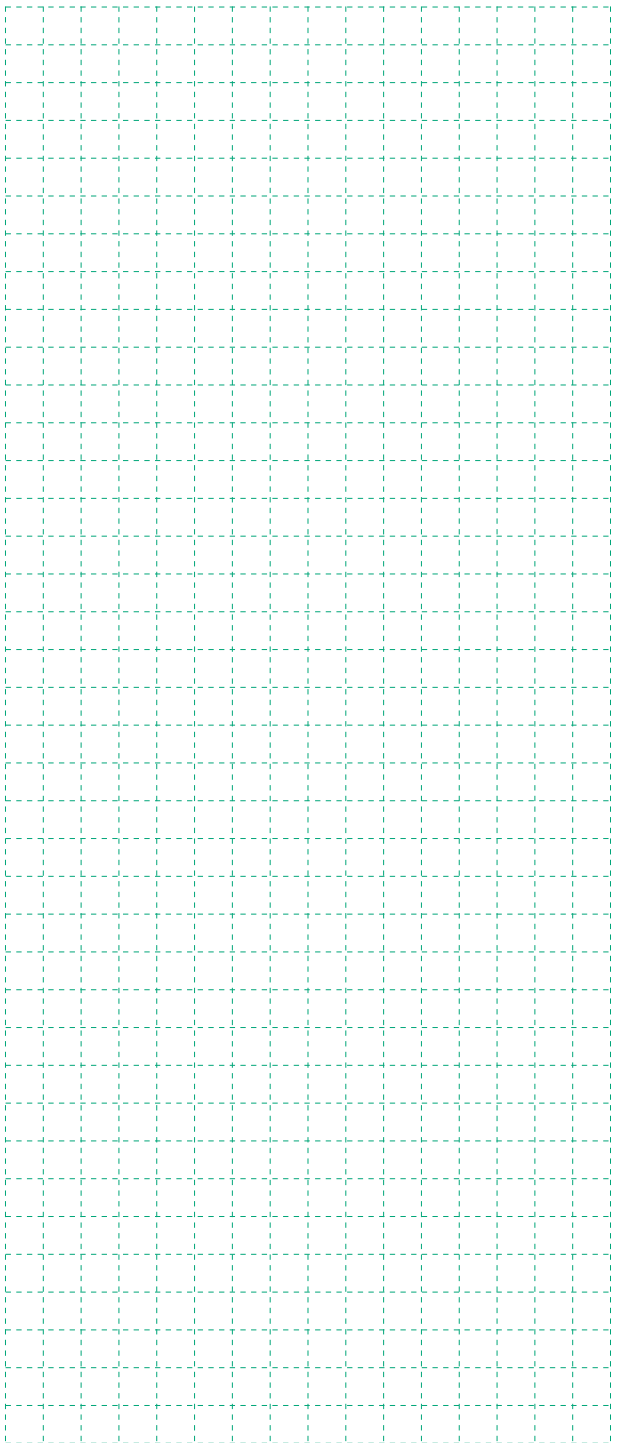
介護保険情報は次頁⇒

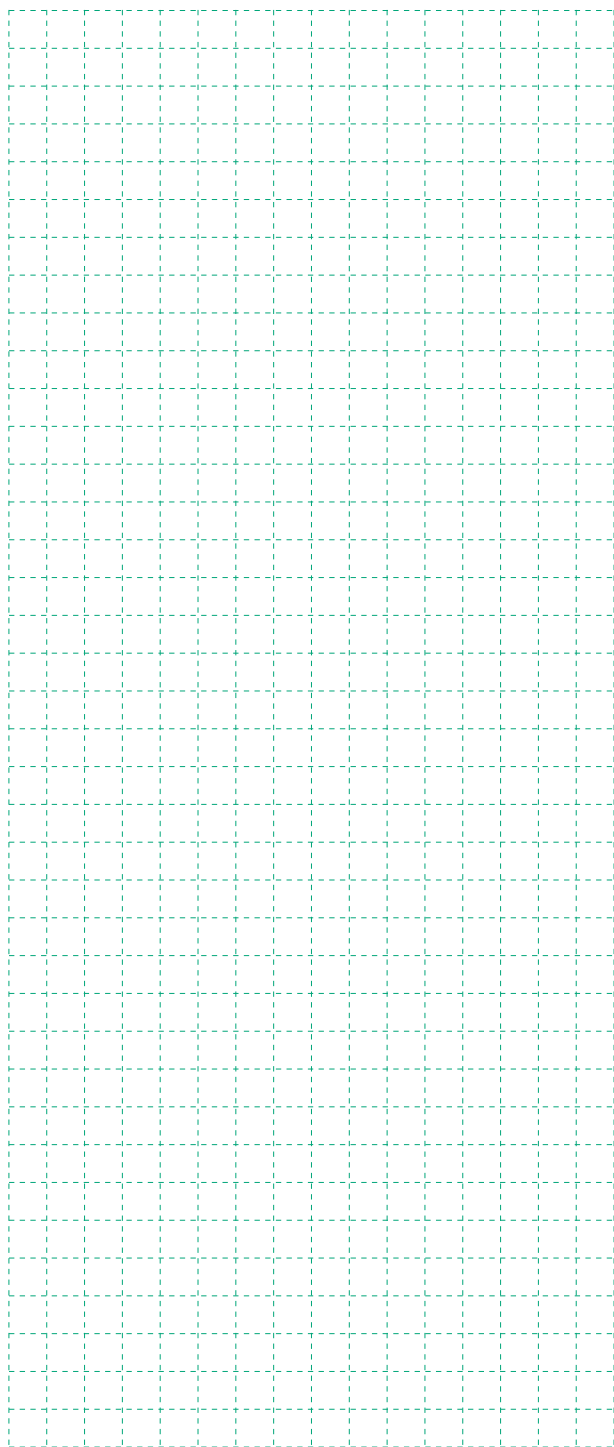
被保険者番号等	
医療保険	
介護保険	

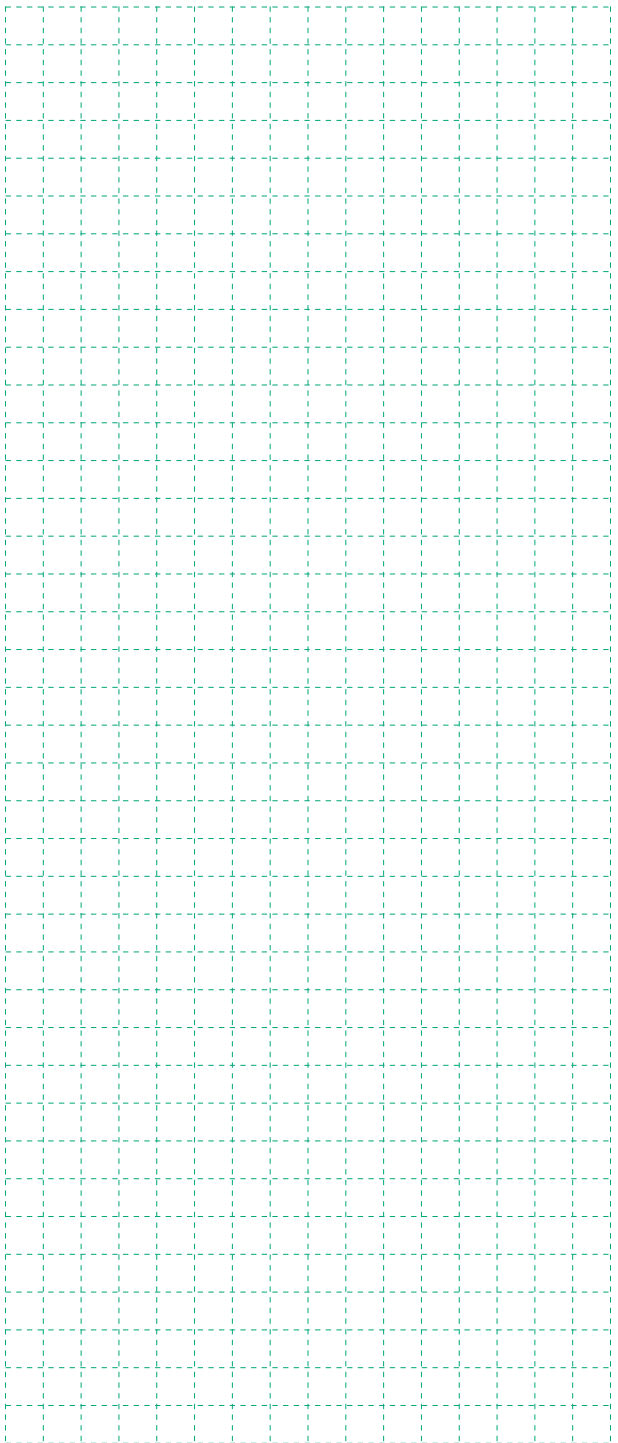
介護保険認定状況	
介護度	認定有効期間
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日

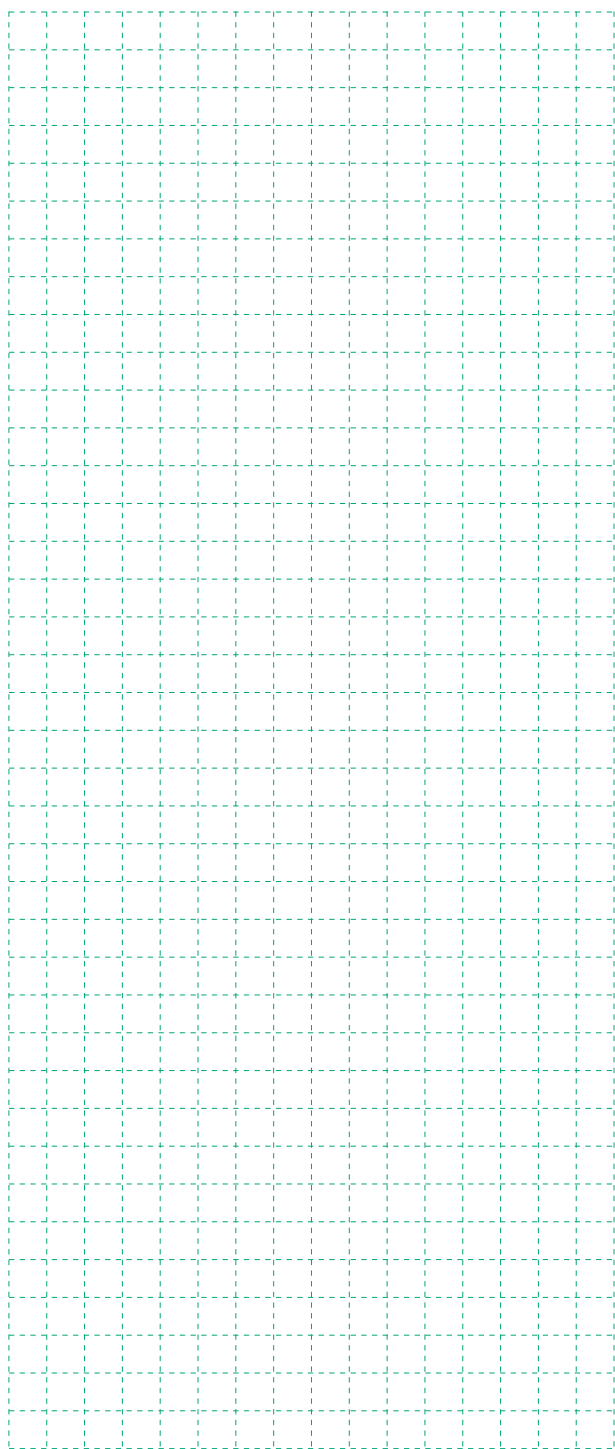
服薬中の一般薬など・メモ

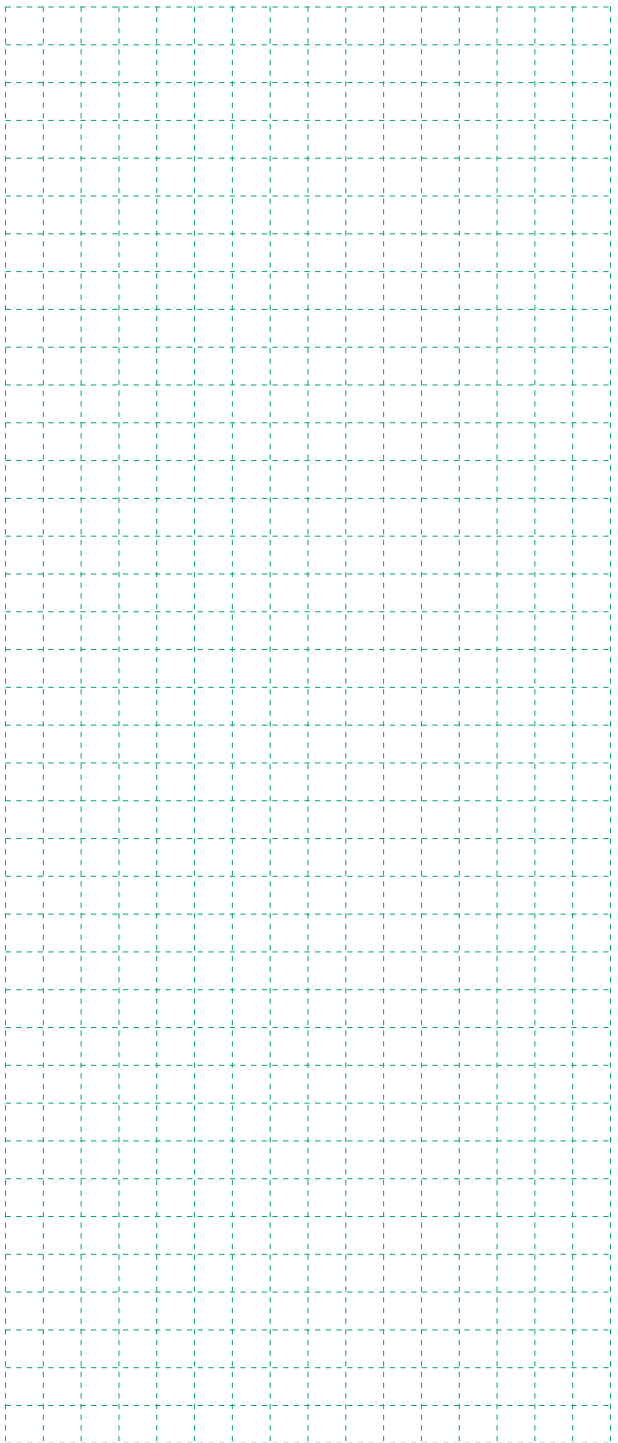


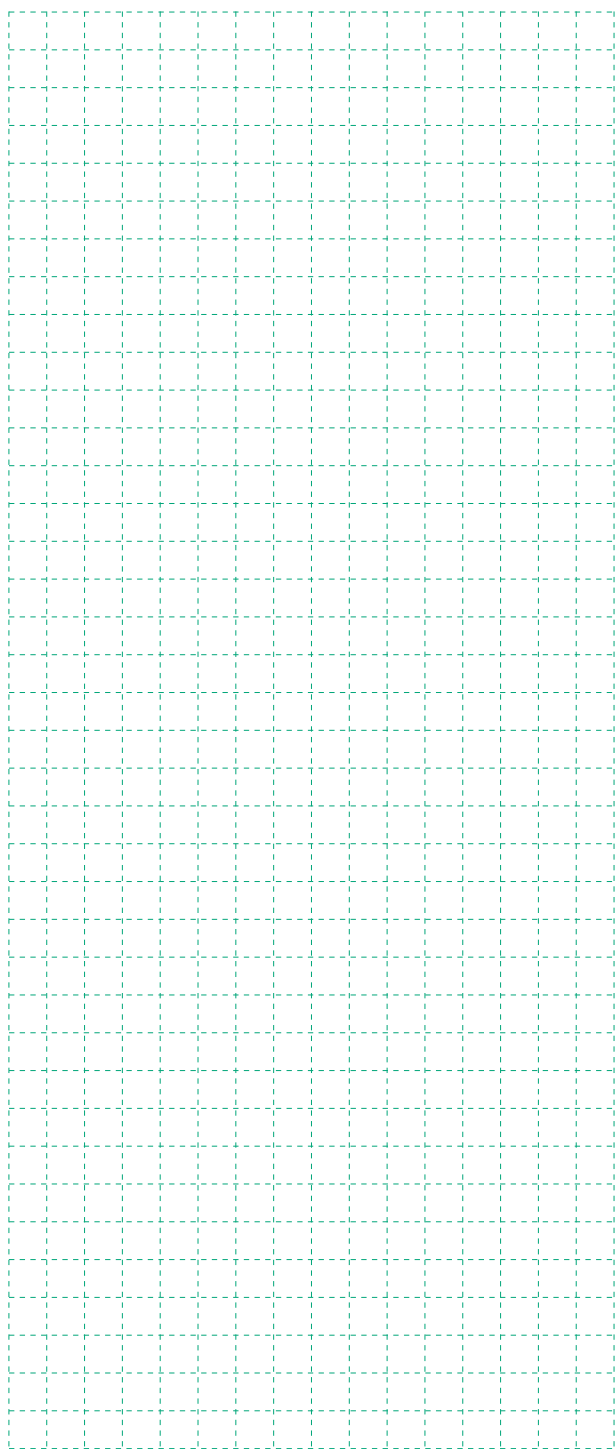


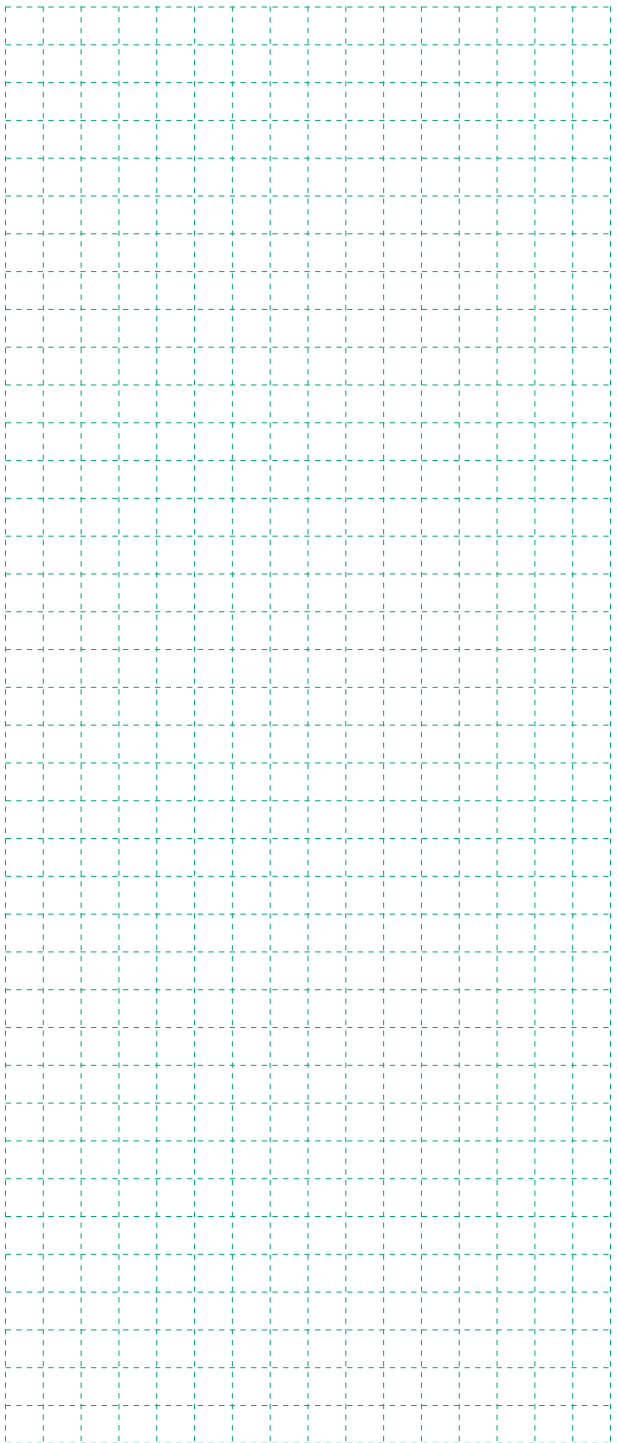


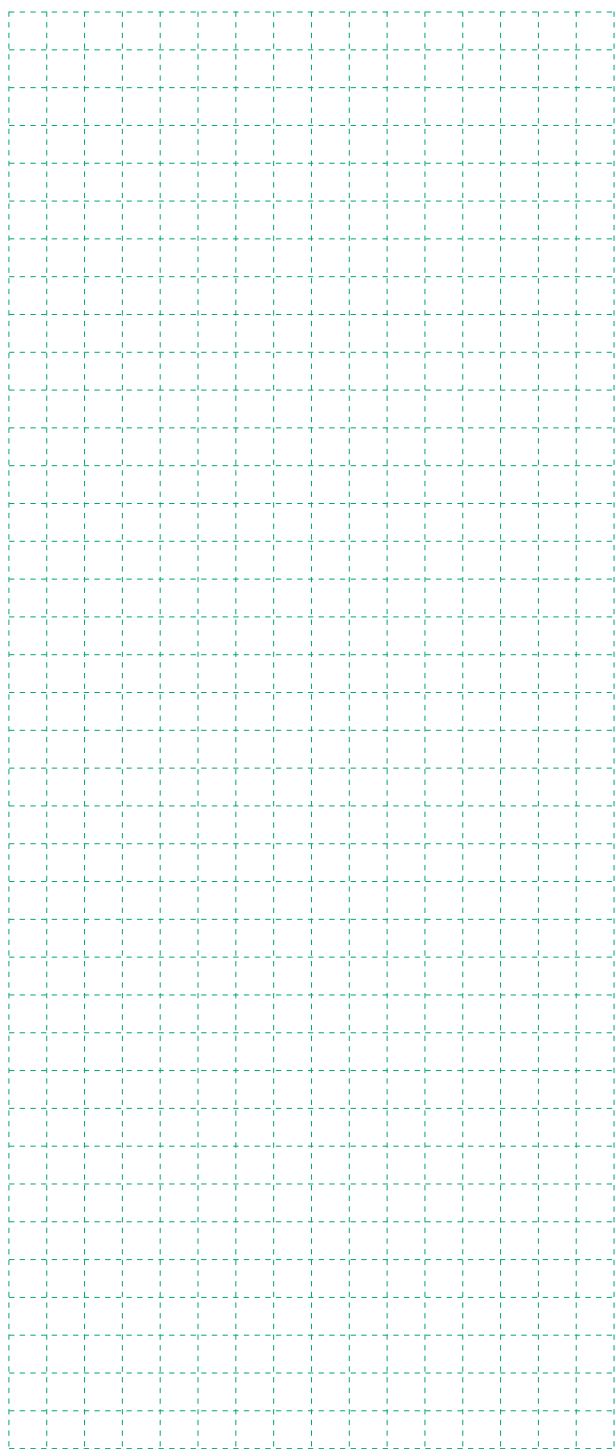


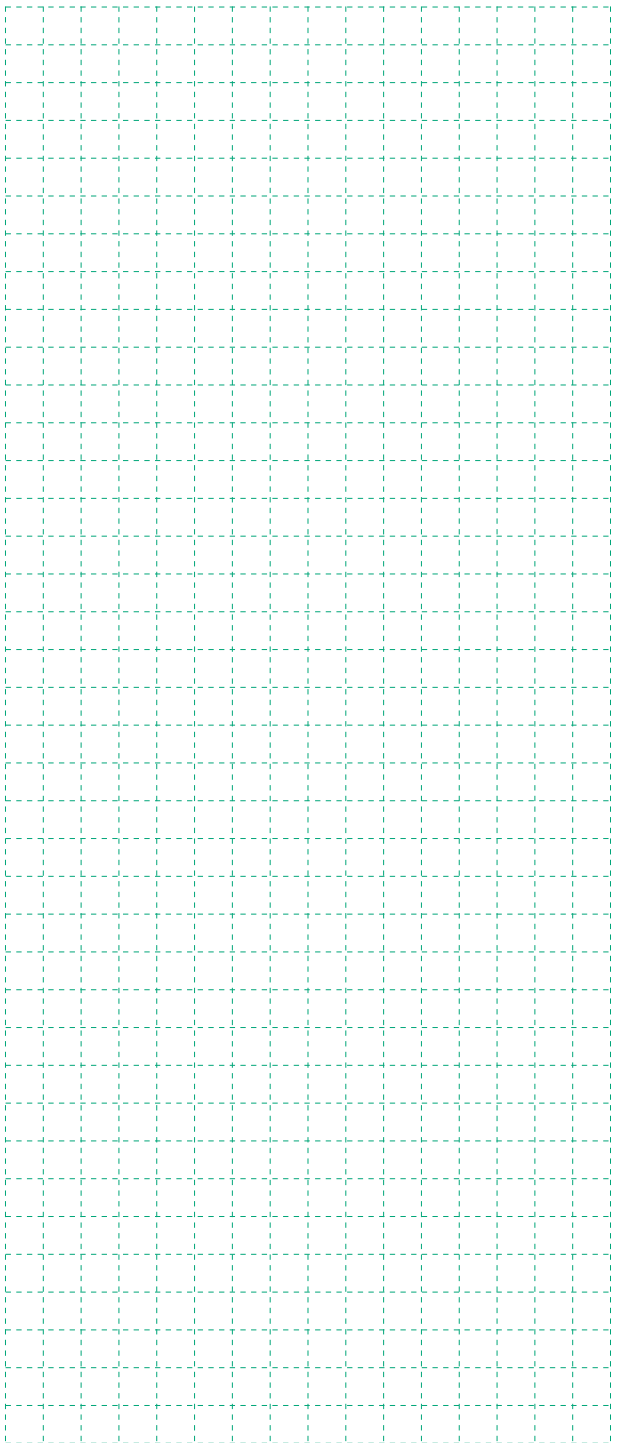


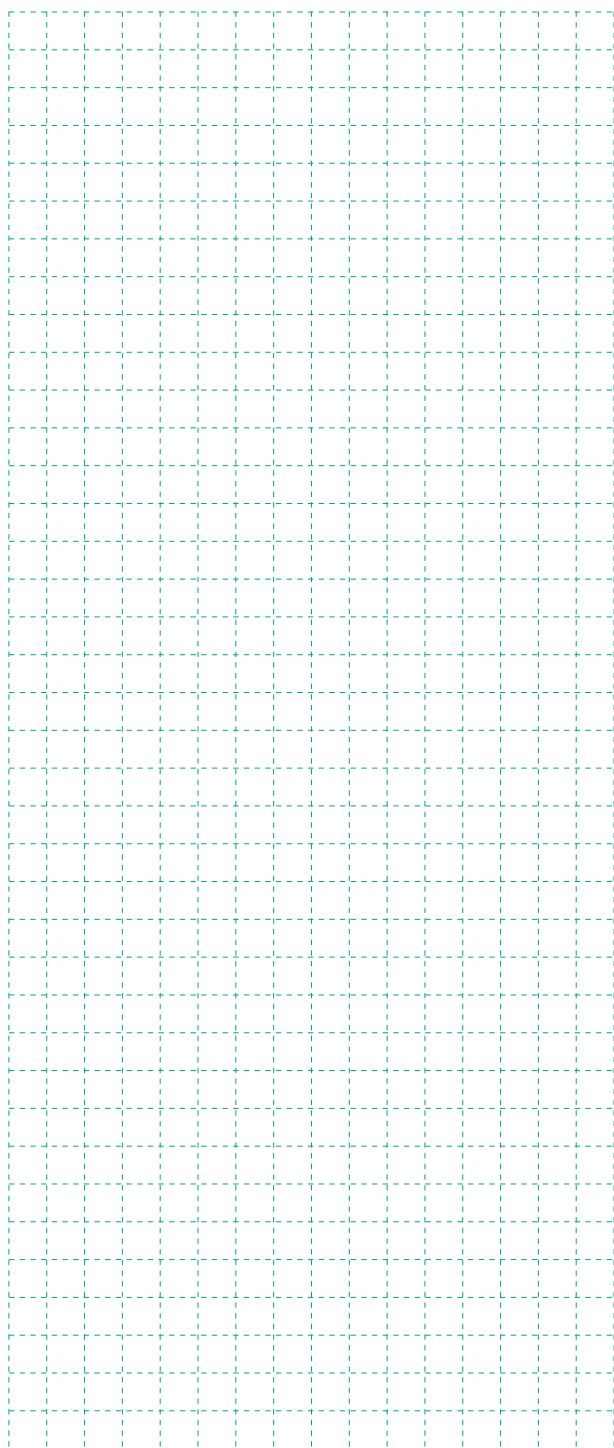


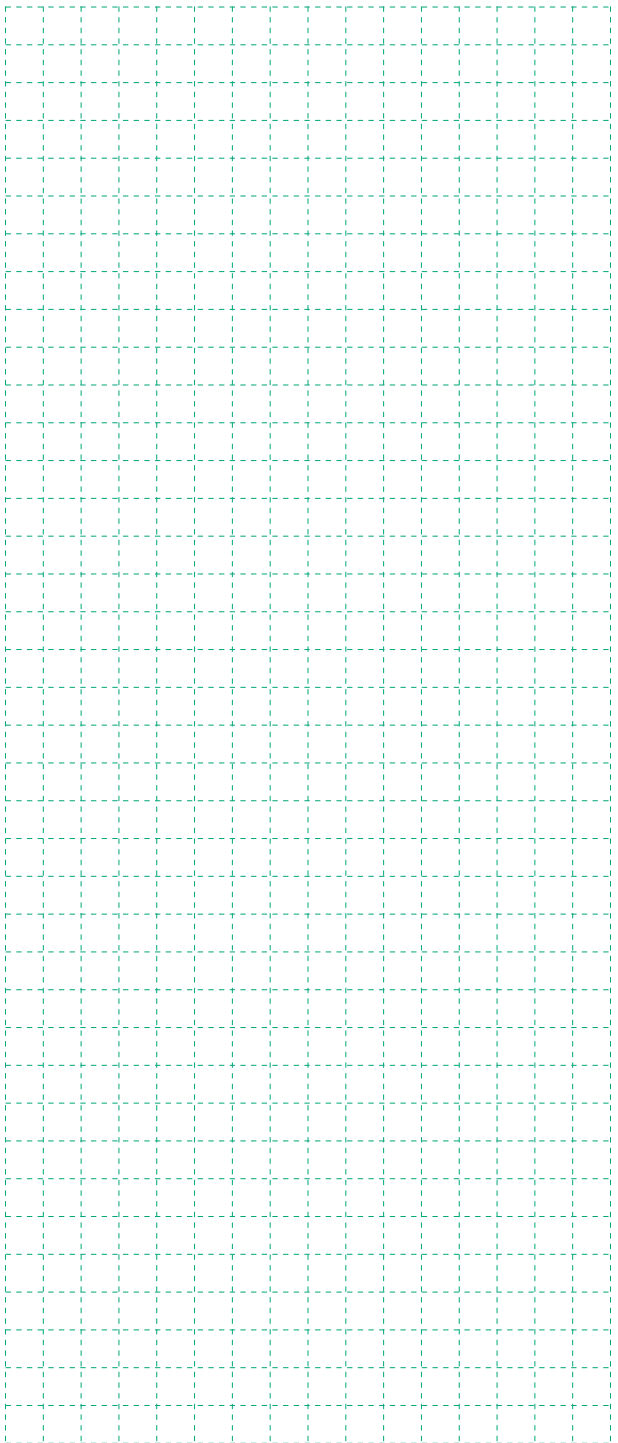


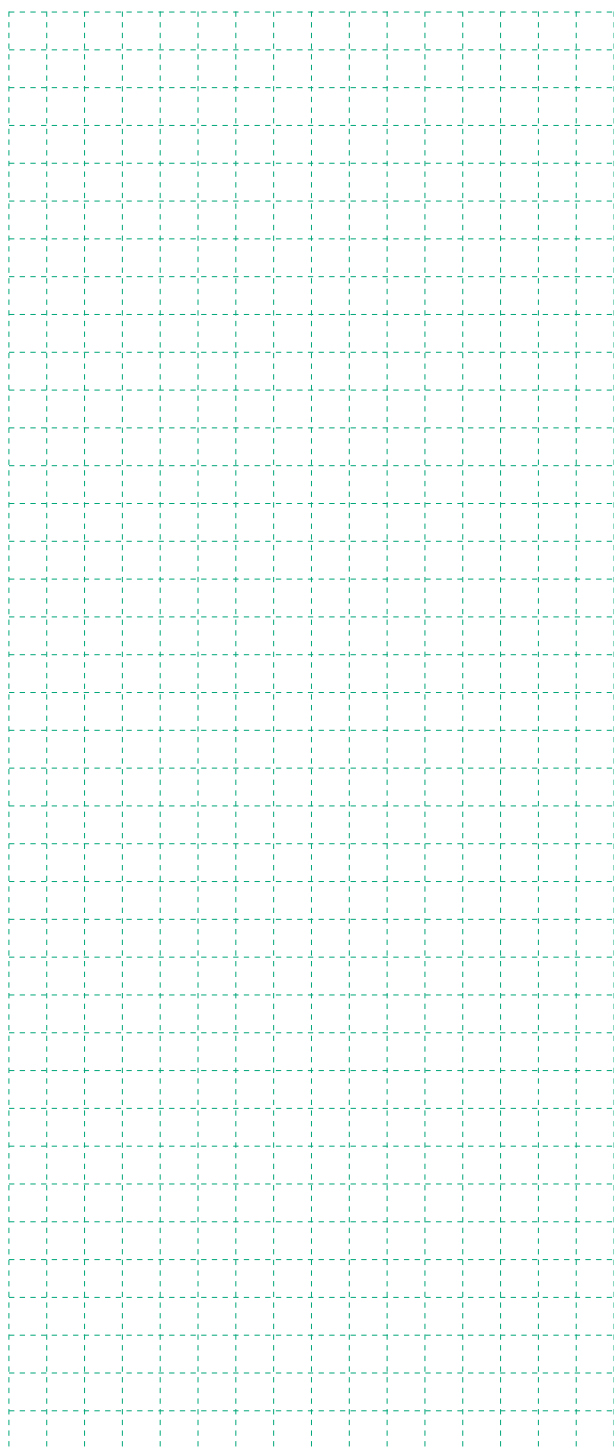


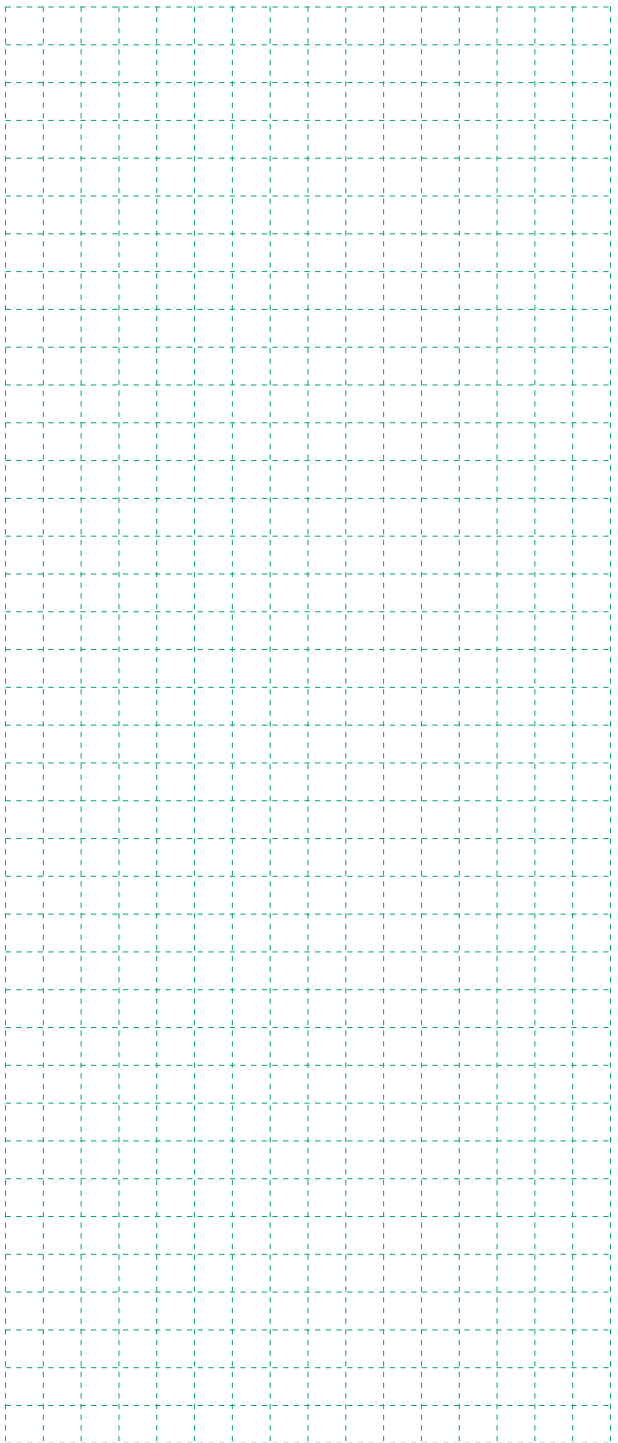


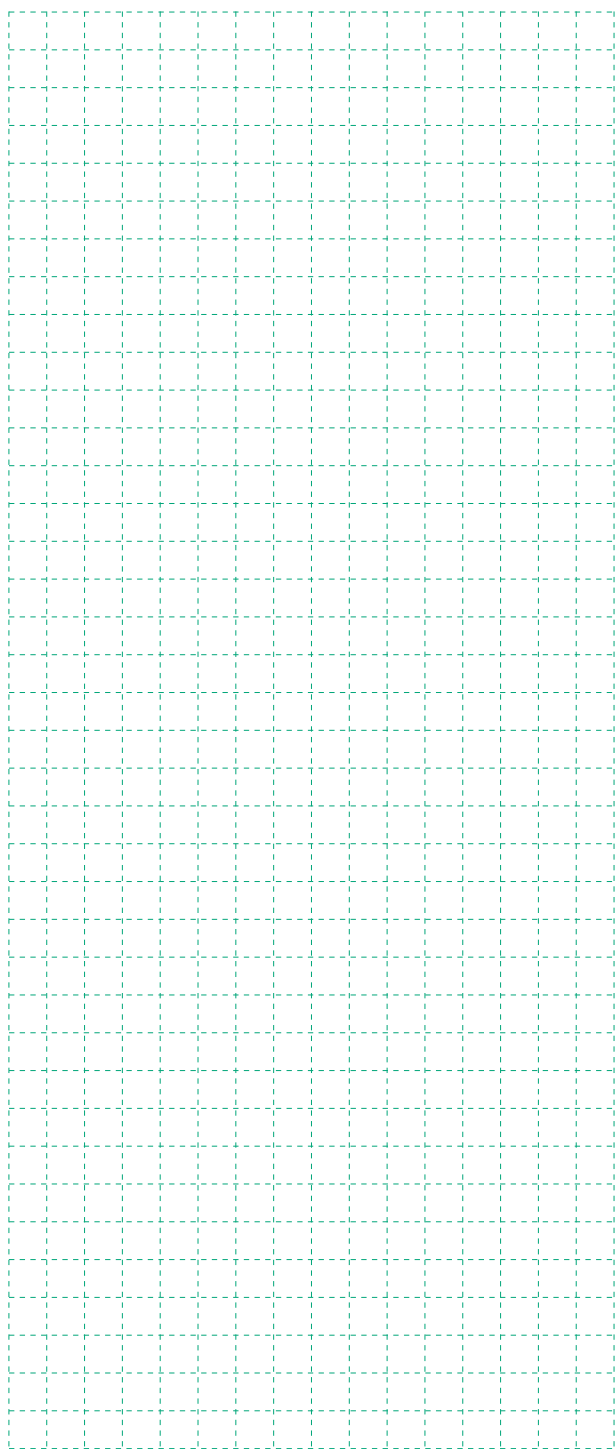


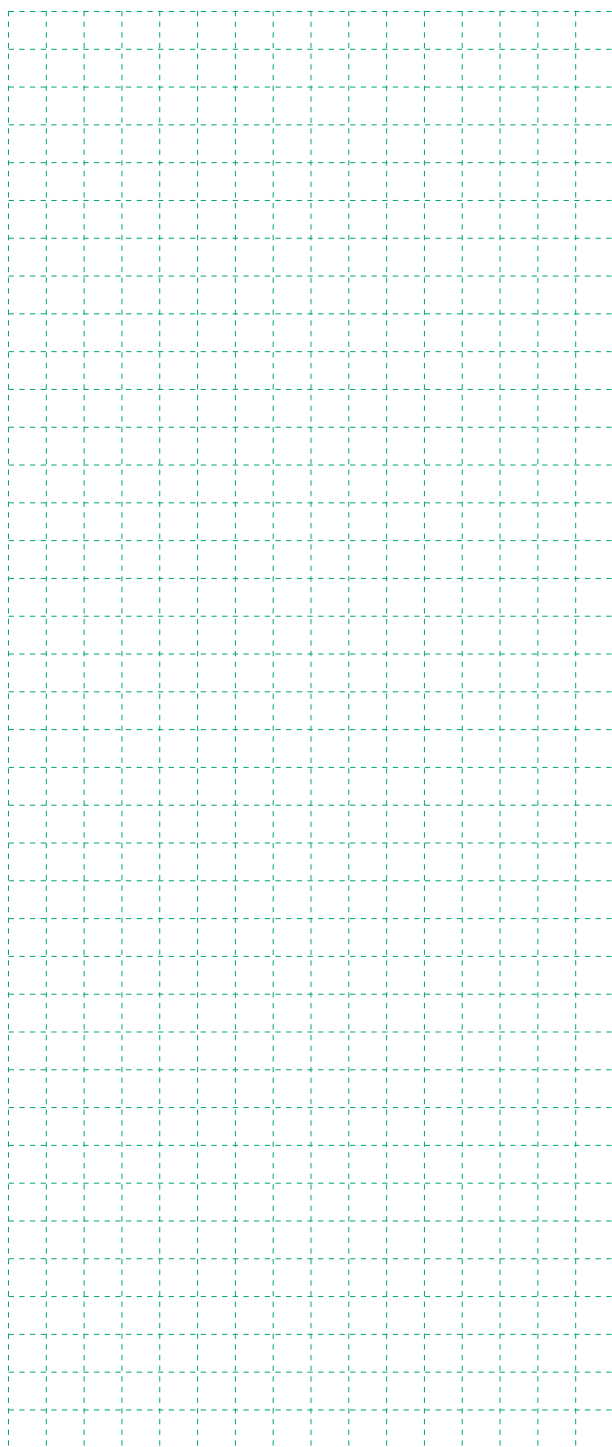


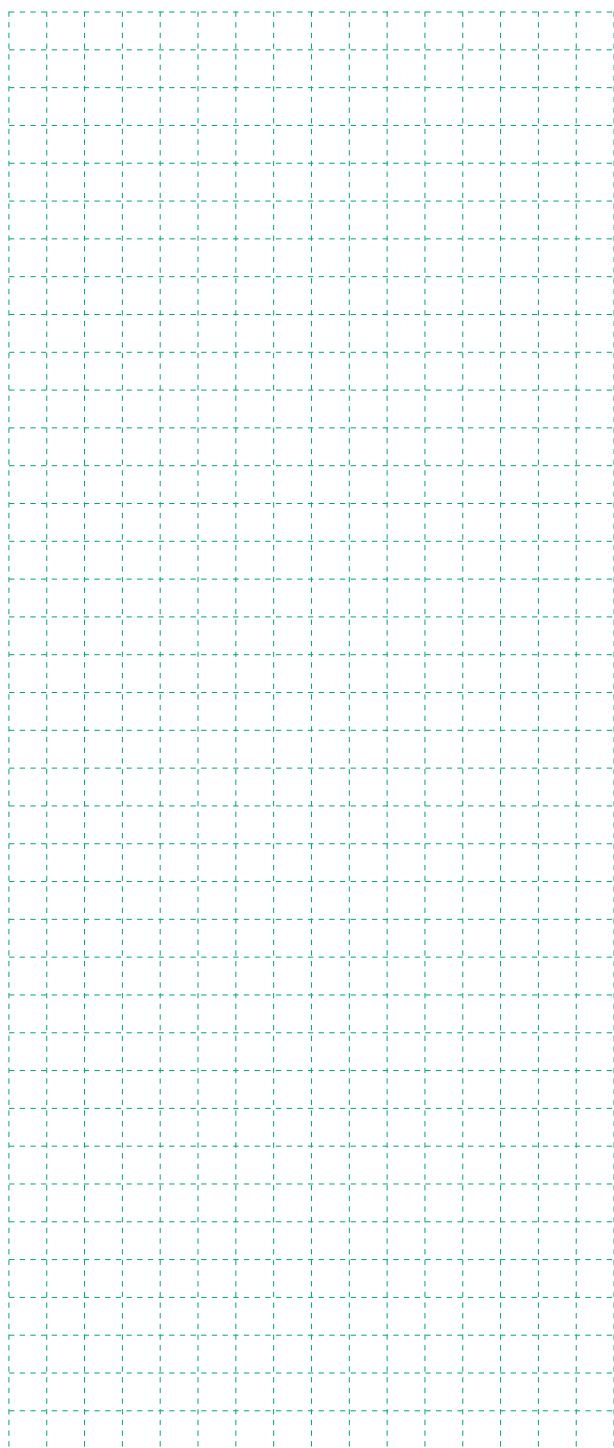


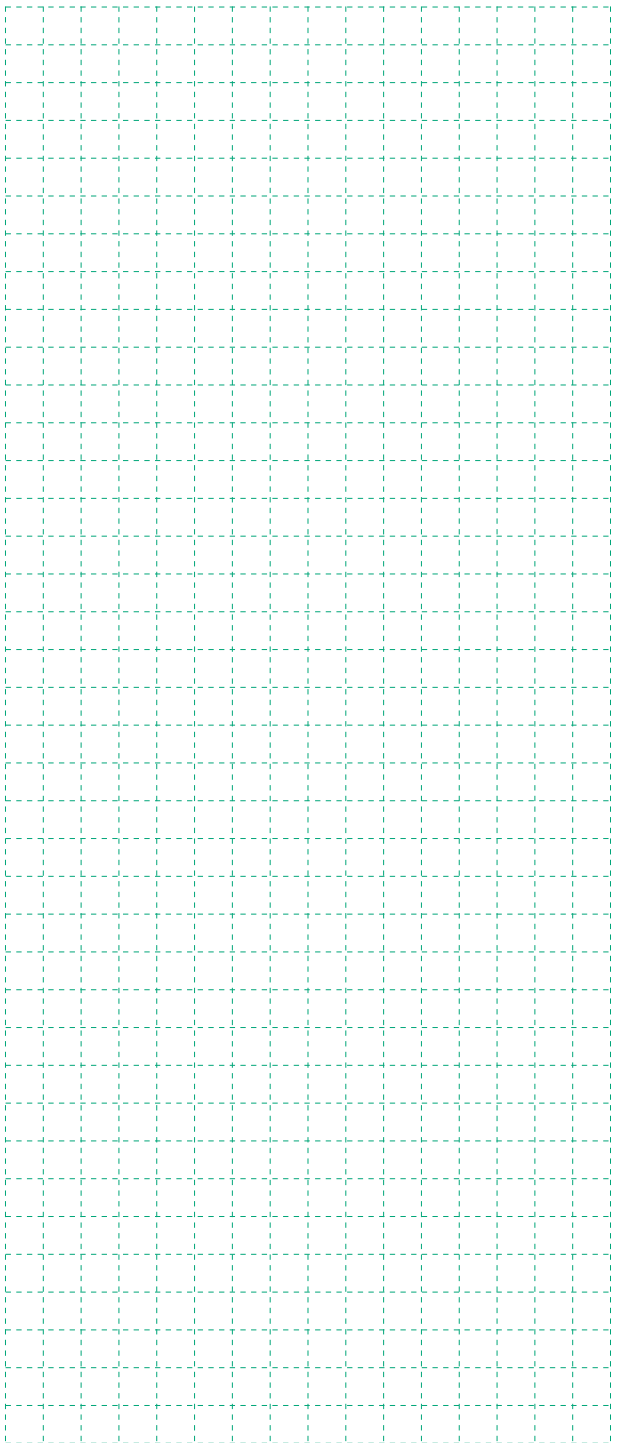


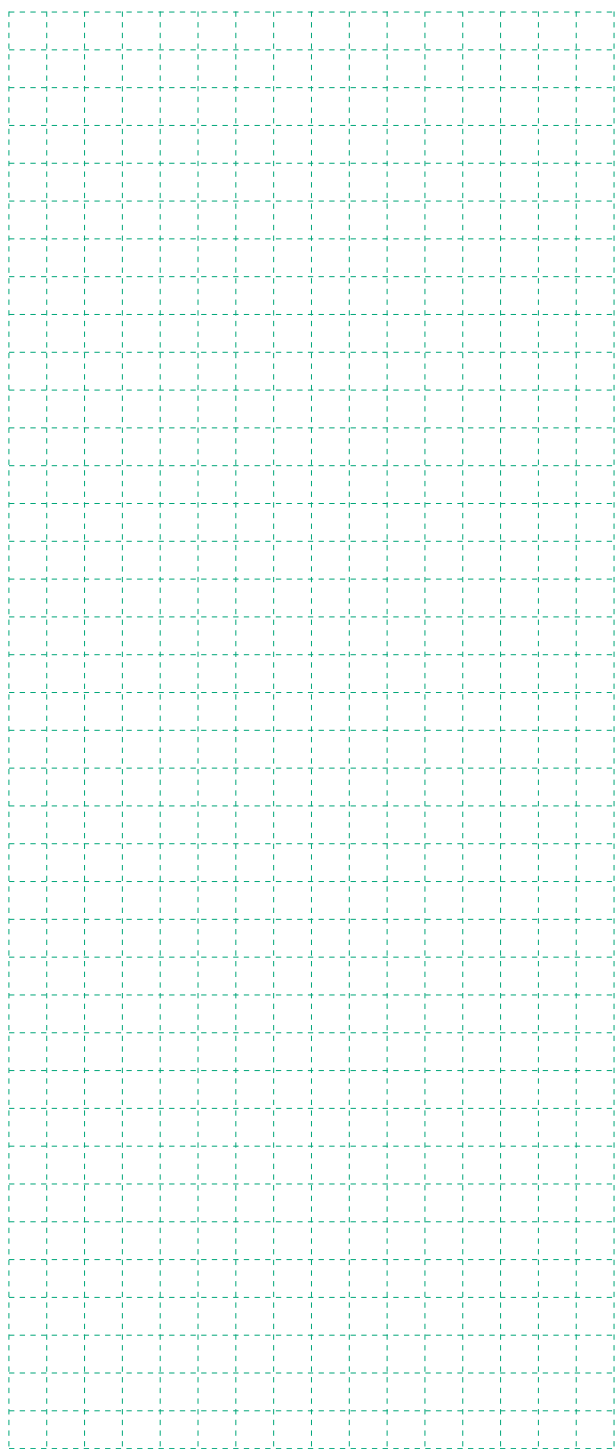


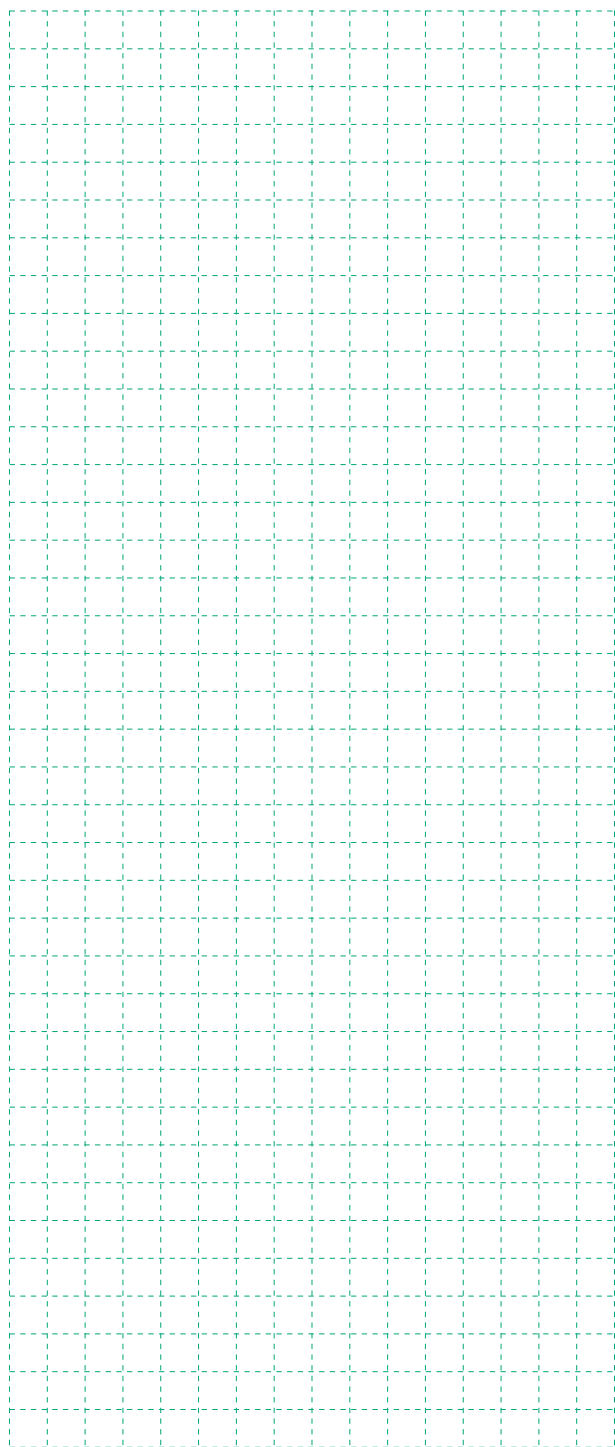


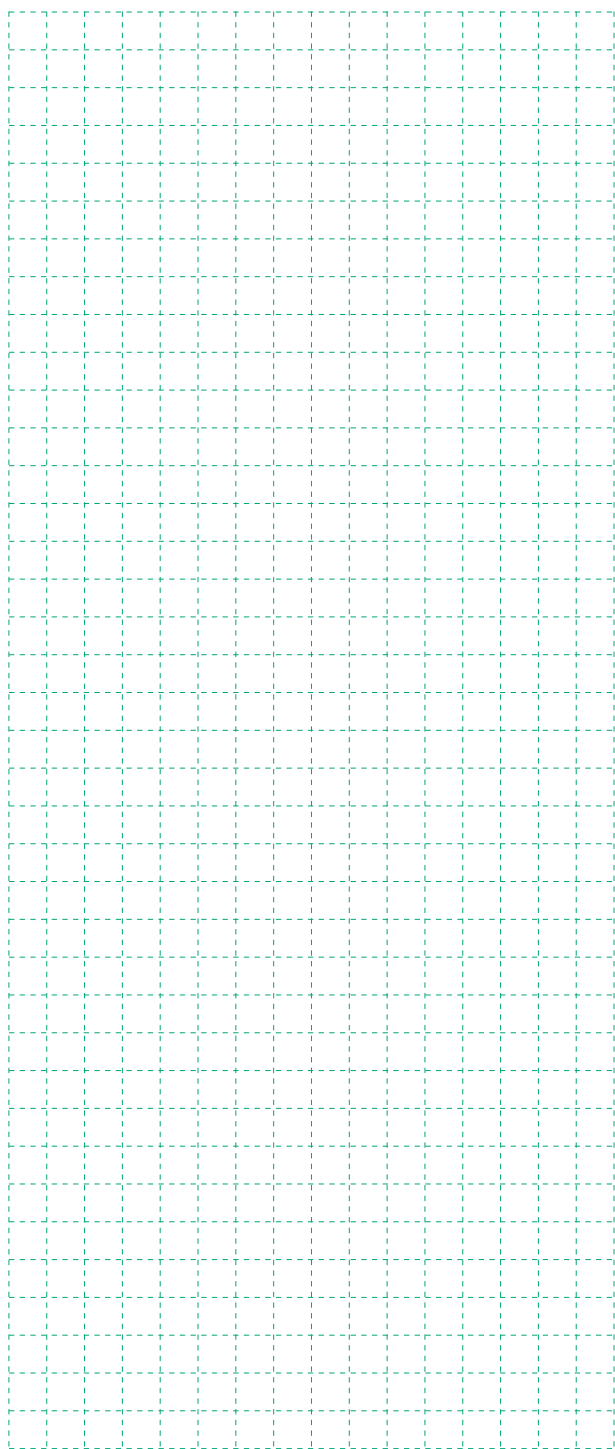


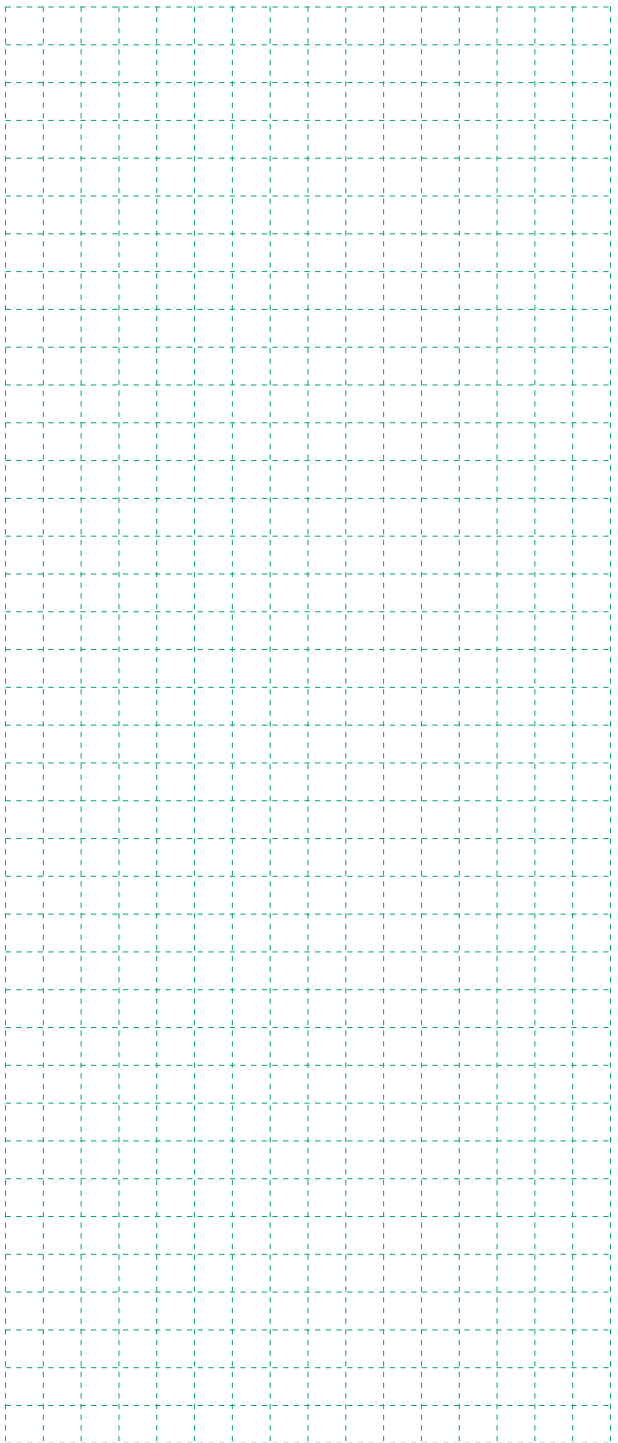


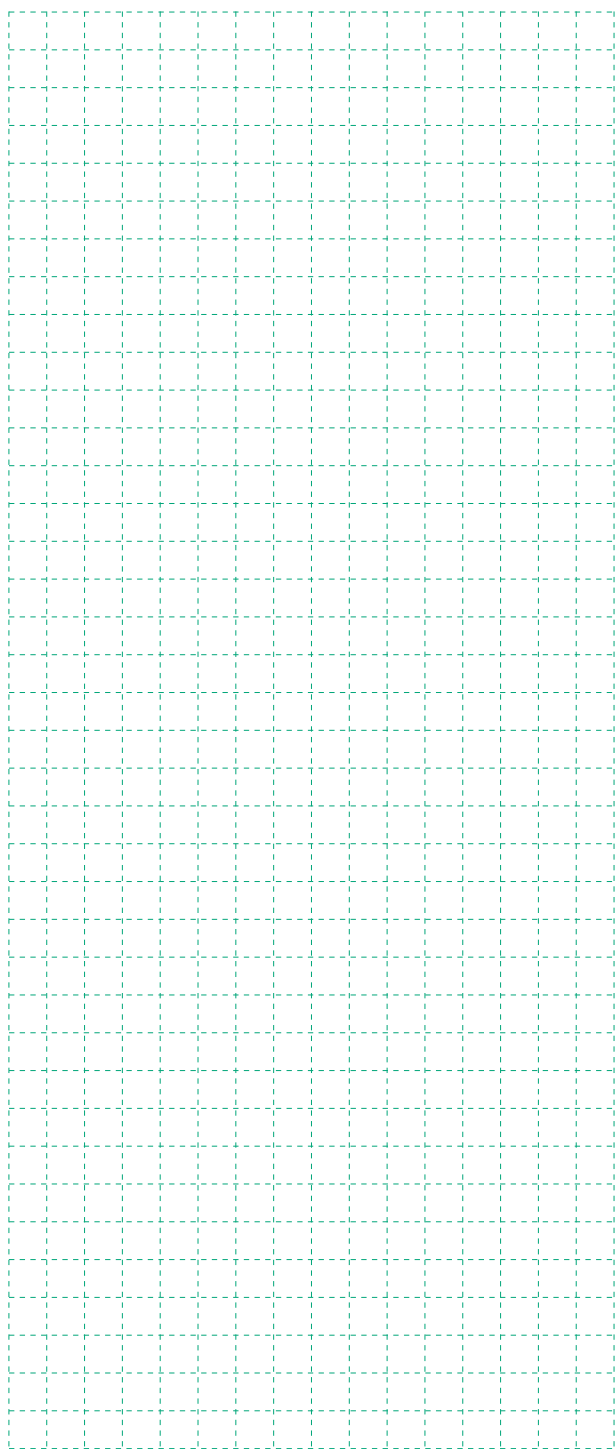


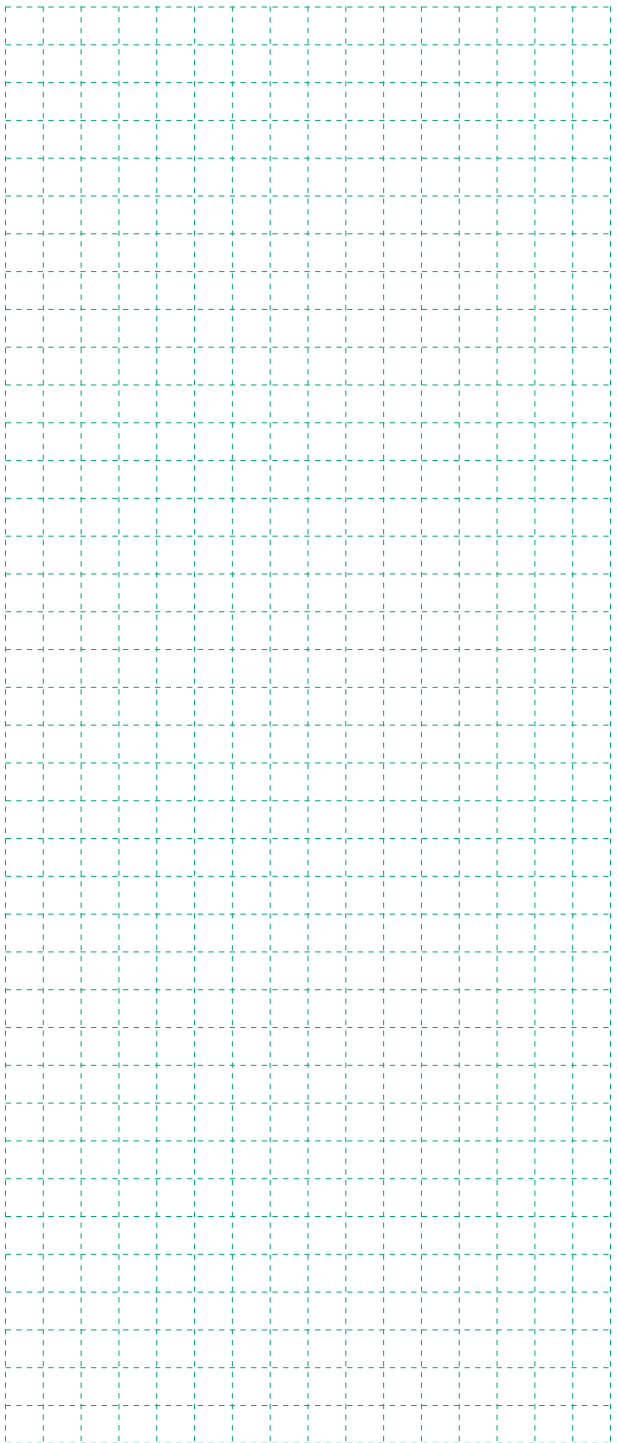


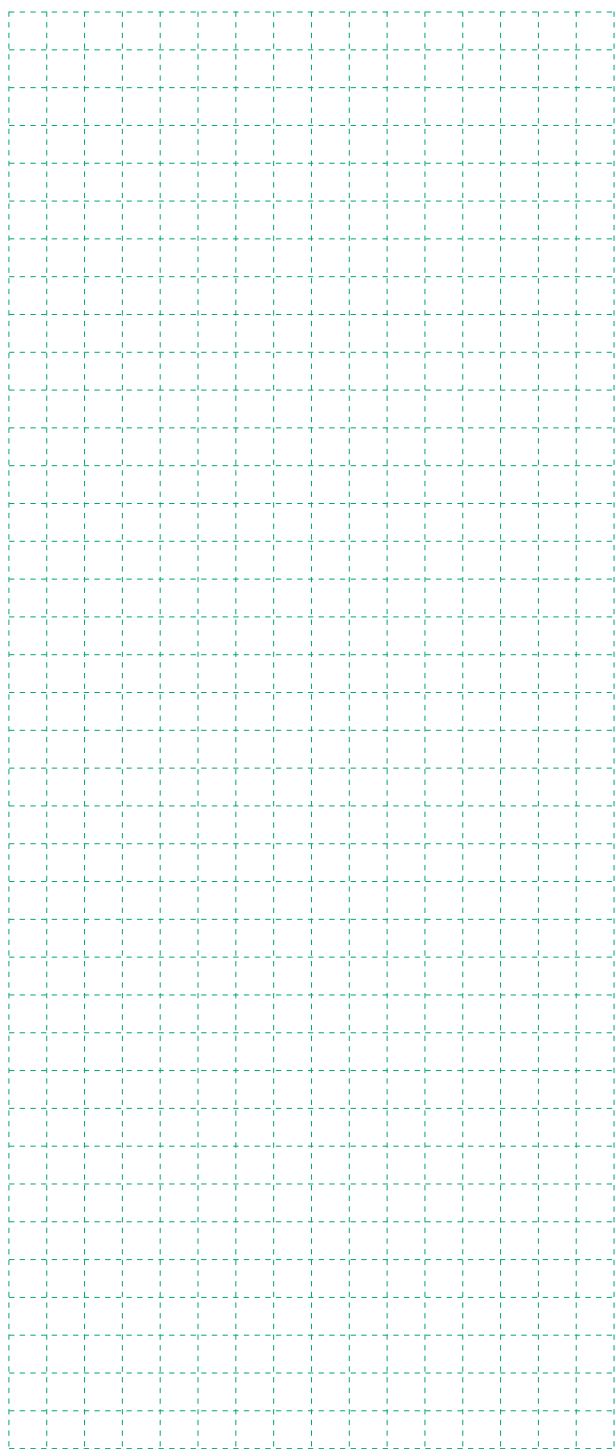


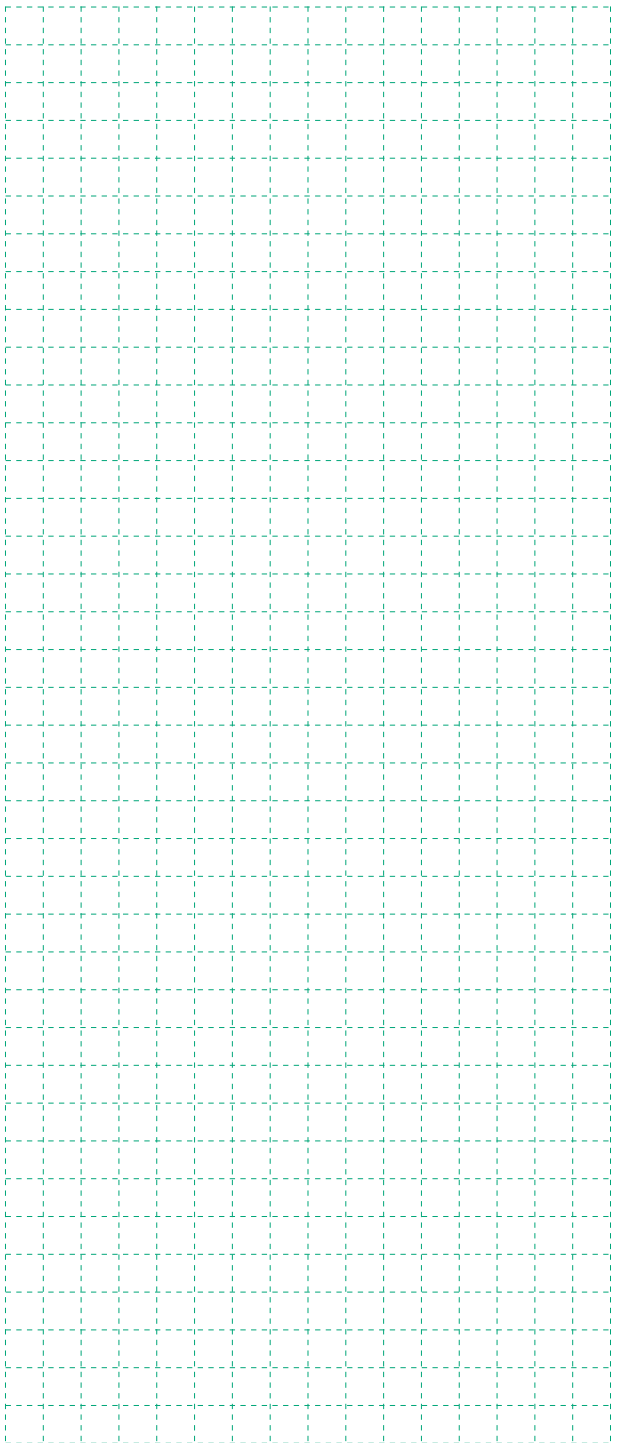


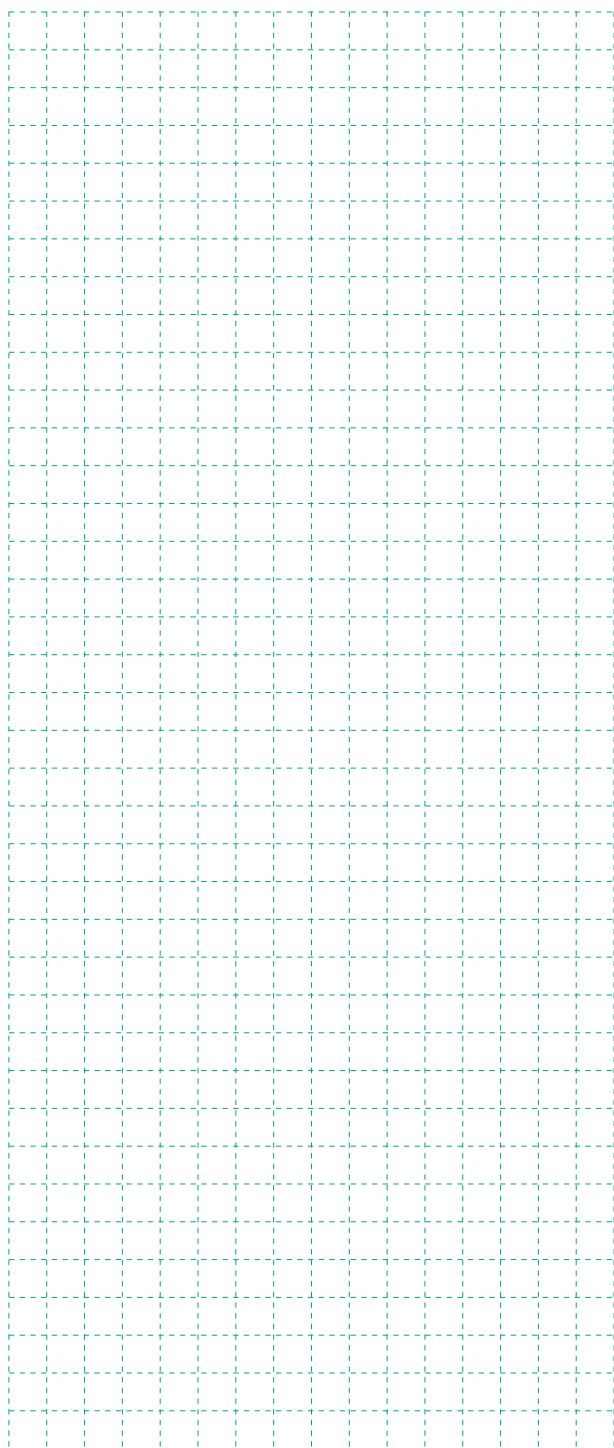


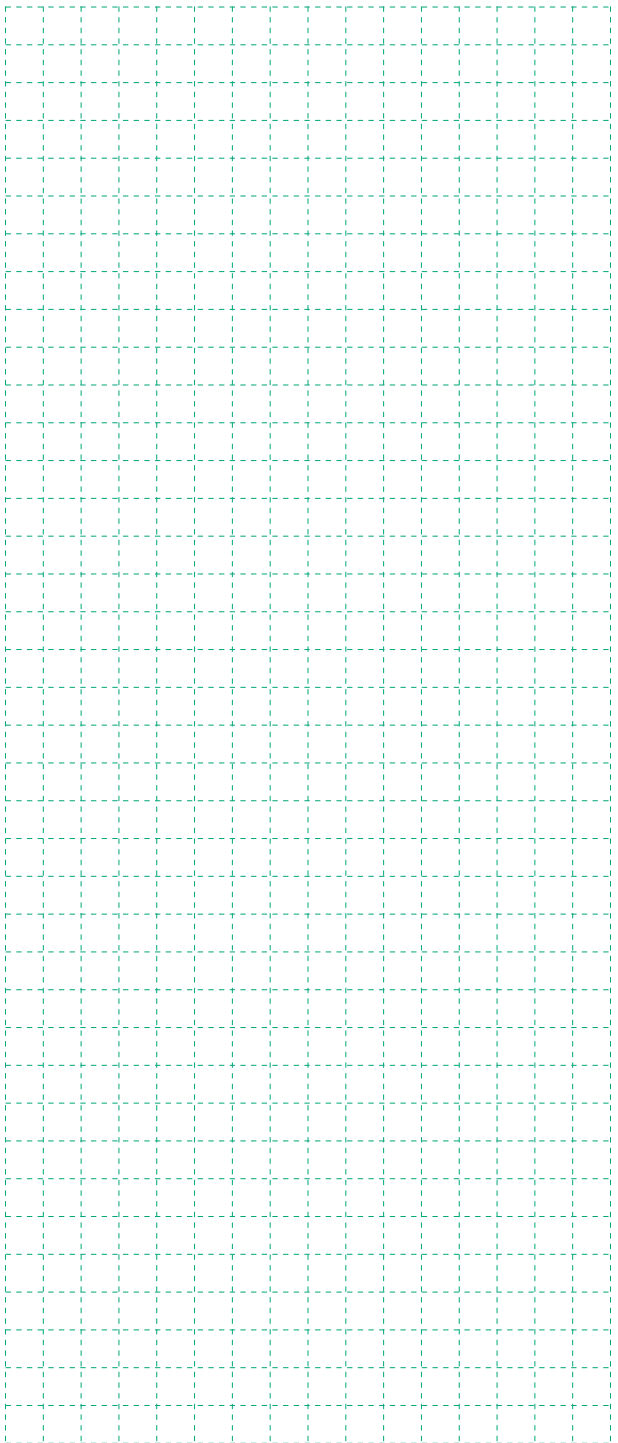


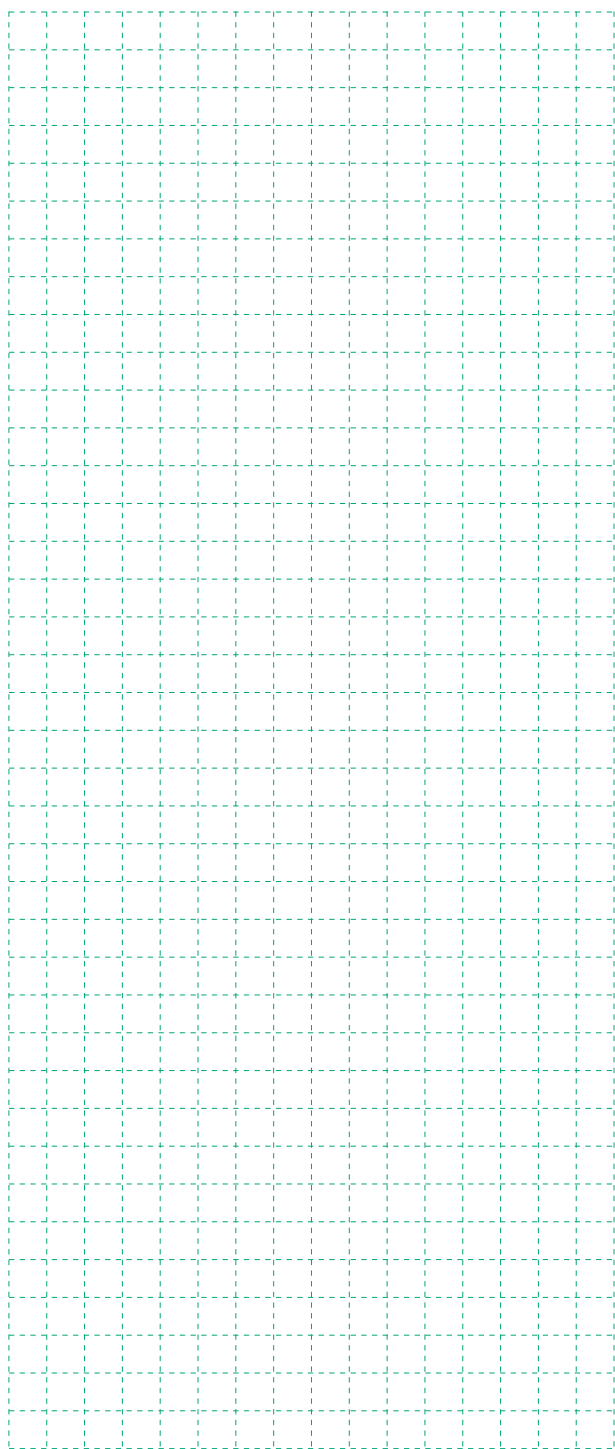


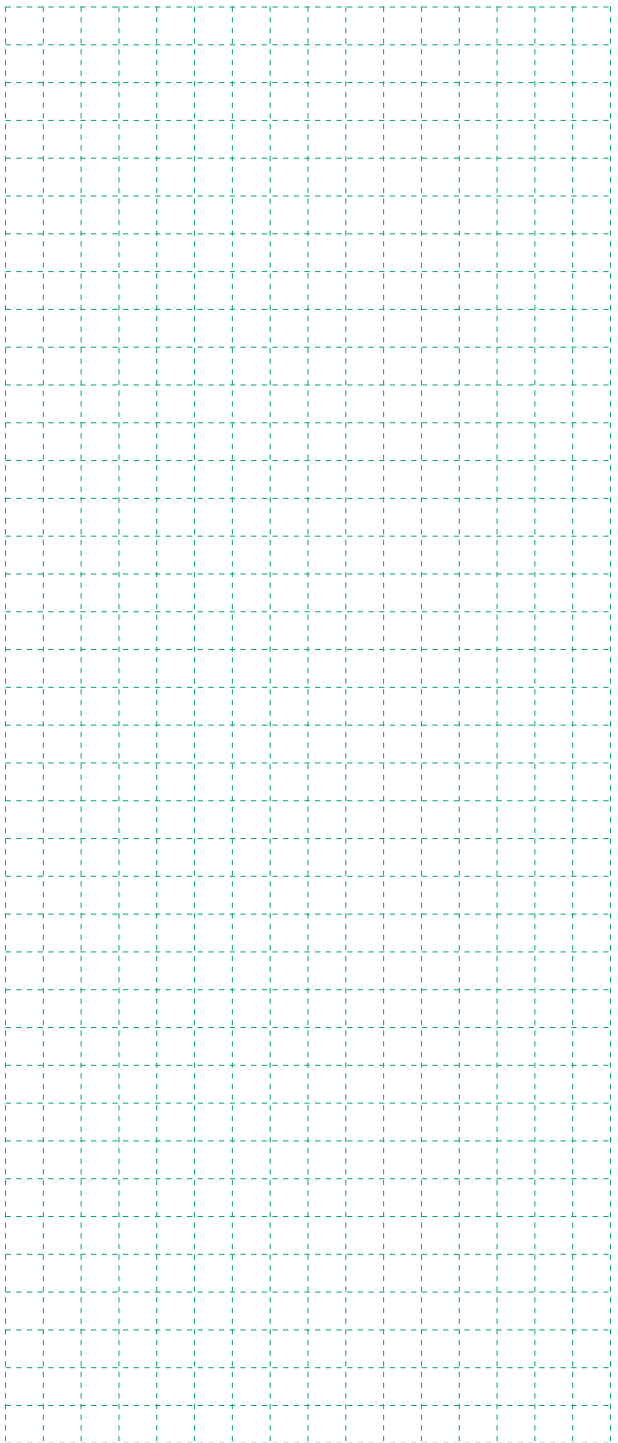












生活行為向上リハビリテーション実施計画

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（ ）			

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		0. はい 1. いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか		0. はい 1. いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか		0. はい 1. いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか		0. はい 1. いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか		0. はい 1. いいえ
		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		0. はい 1. いいえ
	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		0. はい 1. いいえ
	8	15分間位続けて歩いていますか		0. はい 1. いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか		1. はい 0. いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか		1. はい 0. いいえ
		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		1. はい 0. いいえ
	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		1. はい 0. いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか		1. はい 0. いいえ
	15	口の渇きが気になりますか		1. はい 0. いいえ
		No.13~15の合計		
(暮らしぶりその2) 閉じこもり・認知機能	16	週に1回以上は外出していますか		0. はい 1. いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		1. はい 0. いいえ
	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		1. はい 0. いいえ
	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		0. はい 1. いいえ
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか		1. はい 0. いいえ
		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		1. はい 0. いいえ
	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		1. はい 0. いいえ
	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		1. はい 0. いいえ
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない		1. はい 0. いいえ
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		1. はい 0. いいえ
		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 ³	万/mm ³	万/mm ³
	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				0：していない 1：時々 2：定期的 3：植替え等
	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

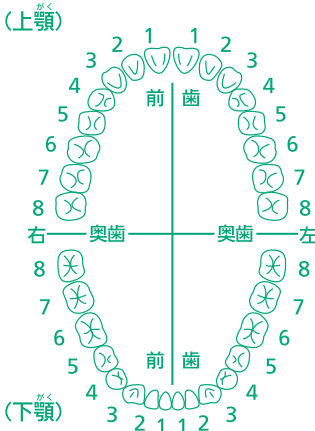
日付	予防接種の種類および実施医療機関
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

【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 △

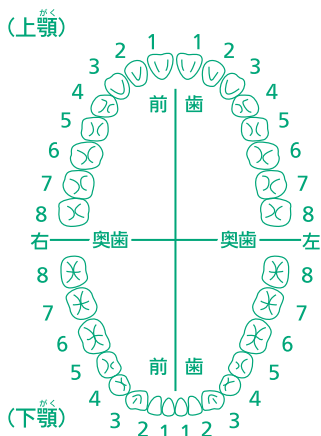
年 月 日診査										施設名又は担当者名									
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし	あり	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし	あり (要指導) あり (要治療)	
特記事項																			
年 月 日診査										施設名又は担当者名									
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし	あり	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の炎症	なし	あり (要指導) あり (要治療)	
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

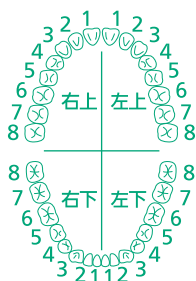
歯の状態記号：健全歯 / 処置歯 ○ むし歯 (未処置歯) C 喪失歯 △

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
右下	左下
87654321	12345678

〈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

