

〇〇手帳



この手帳は、あなたが医療や介護などの支援を安心して受けられるようにするための手帳です。

手帳の使い方について

この手帳は、

あなたが中心となり、あなたの名前や連絡先、通っている病院、介護施設、服薬状況などの情報を、あなたやあなたのご家族、医療に携わる方、介護に携わる方などで共有することで、あなたが医療や介護などの支援を安心して受けられるようにするための手帳です。

あなた自身のこと、希望などを手帳に記入するとともに（あなたが記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）、常にこの手帳を携帯し、あなたが希望する各関係者に見せ、必要な情報を記入してもらってください。

皆さんが記入されたあとのこの手帳は、特に「わたしの医療・介護」などのページは各関係者にコピーして保存してもらうなどし、今後も関係者の連携に活かしてもらうことも有用です。

この手帳は以下の5つのページからできています。

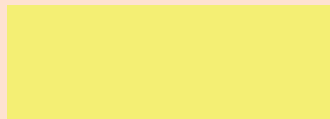
- ①わたし自身のページ
- ②わたしの医療・介護のページ
- ③わたしの認知症の状況のページ
- ④わたしのこれからのことのページ
- ⑤連絡票のページ

各ページに誰が記入するのか色別で明示してありますので参考にしてください。

※但し、あくまで原則であり、下記以外の方が記載していただいても構いません。



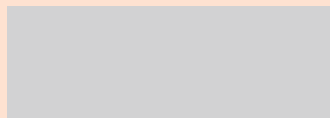
青色＝本人（家族）等



黄色＝ケアマネジャー等



赤色＝医師・看護職員等



灰色＝どなたでも記載可

同意書

本人（家族）等用

私は本手帳に記入されている個人情報、私の医療や介護に関わる関係者が活用することに同意します。

本手帳は、本人・家族等が責任を持って保管するとともに、紛失時の責任は保管者にあることを理解した上で、本手帳の活用に同意いたします。

平成 年 月 日

ご本人

ご家族

(介護者)

(続柄

)



わたし自身①

本人（家族）等用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

お名前			
フリガナ			
性別	男	・	女
生年月日	年	月	日
住所			
電話番号	-	-	

緊急時に連絡してほしい人①			
続柄		電話番号	- -

緊急時に連絡してほしい人②			
続柄		電話番号	- -

後見制度	利用している・利用していない		
後見人氏名			
電話番号	-	-	
備考			



わたし自身②

本人（家族）等用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

わたしの経歴、大切な思い出など

いつ頃	内容

わたしの趣味や嗜好、熱心に取り組んできたことなど

--

わたしの日課や毎週・毎月やっていることなど

--

視力や聴力について

視力	問題なし・眼鏡使用・その他（ ）
聴力	問題なし・耳が遠い・補聴器使用・その他（ ）
備考	



わたしの医療・介護①

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャー等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

	医療機関名 (分かる範囲で担当医師名等)	電話番号
かかりつけ医		- -
		- -
		- -
認知症 サポート医		- -
認知症の 専門医		- -

	歯科医療機関名	電話番号
かかりつけ 歯科医		- -
		- -

	薬局・薬剤師名	電話番号
かかりつけ 薬剤師・薬局		- -
		- -



わたしの医療・介護②

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャー等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

記入日	認定有効 期間	要介護認定	担当ケアマネジャー
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -



わたしの医療・介護③

医師・看護職員等用

このページは医師、看護職員等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

※分かる範囲で診療科名や医師名等についてもご記入ください

アレルギー	あり・なし・不明
-------	----------

詳細	
----	--

--

わたしがこれまでにかかったことのある病気

病名	いつ頃から いつ頃まで	医療機関名	備考
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		



わたしの医療・介護④

医師・看護職員等用

このページは医師、看護職員等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

※分かる範囲で診療科名や医師名等についてもご記入ください

わたしがいまかかっている病気

病名	いつ頃から	医療機関名	備考

備考



わたしの医療・介護⑤-1

医師・看護職員等用

このページは医師、薬剤師等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方は何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入して下さい。

わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつから	何に 対して	備考
例：〇〇錠	A病院	1錠 朝食後	H27年 1月から	腰痛	H27.6月痛み 軽快⇒中止



わたしの医療・介護⑤-2

医師・看護職員等用

このページは医師、薬剤師等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方は何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入して下さい。

わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつから	何に 対して	備考
例：〇〇錠	A病院	1錠 朝食後	H27年 1月から	腰痛	H27.6月痛み 軽快⇒中止



わたしの医療・介護⑤-3

医師・看護職員等用

このページは医師、薬剤師等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方は何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入して下さい。

わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつから	何に 対して	備考
例：〇〇錠	A病院	1錠 朝食後	H27年 1月から	腰痛	H27.6月痛み 軽快⇒中止



わたしの医療・介護⑤-4

医師・看護職員等用

このページは医師、薬剤師等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方は何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入して下さい。

わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつから	何に 対して	備考
例：〇〇錠	A病院	1錠 朝食後	H27年 1月から	腰痛	H27.6月痛み 軽快⇒中止



このページは看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

[illegible][illegible]



このページは看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

[illegible]



わたしの医療・介護⑦

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャー等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

わたしの利用しているサービスの状況

事業所名	利用しているサービス	利用頻度
例：A事業所	訪問看護サービス	週2回
備考		



わたしの認知症の状況①

医師・看護職員等用

このページは医師等に記入してもらってください

診断名

認知機能評価スケール

評価日	評価指標	点数
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点



わたしの認知症の状況②-1

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャーや看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人、家族が記入してください（本人、家族が記入する場合は十分相談し、担当ケアマネジャー等の意見を聞いて記入して下さい）。※変化があったときのみ

（1 自分でできる、2 一部手助けが必要、3 手助けが必要）

わたしの生活について（記入日 年 月 日）

項目	評価	備考
食事を食べる	1・2・3	
家の中を歩く	1・2・3	
階段の昇降	1・2・3	
洗顔・歯磨き	1・2・3	
トイレ動作	1・2・3	
着替える	1・2・3	
入浴	1・2・3	
排尿	1・2・3	
排便	1・2・3	
電話を掛ける	1・2・3	
外出する	1・2・3	
買い物をする	1・2・3	
洗濯をする	1・2・3	
料理をする	1・2・3	
薬を適切に飲む	1・2・3	
家事をする	1・2・3	
金銭の管理	1・2・3	



わたしの認知症の状況②-2

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャーや看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人、家族が記入してください（本人、家族が記入する場合は十分相談し、担当ケアマネジャー等の意見を聞いて記入して下さい）。※変化があったときのみ

（1 自分でできる、2 一部手助けが必要、3 手助けが必要）

わたしの生活について（記入日 年 月 日）

項目	評価	備考
食事を食べる	1・2・3	
家の中を歩く	1・2・3	
階段の昇降	1・2・3	
洗顔・歯磨き	1・2・3	
トイレ動作	1・2・3	
着替える	1・2・3	
入浴	1・2・3	
排尿	1・2・3	
排便	1・2・3	
電話を掛ける	1・2・3	
外出する	1・2・3	
買い物をする	1・2・3	
洗濯をする	1・2・3	
料理をする	1・2・3	
薬を適切に飲む	1・2・3	
家事をする	1・2・3	
金銭の管理	1・2・3	



わたしの認知症の状況②-3

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャーや看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人、家族が記入してください（本人、家族が記入する場合は十分相談し、担当ケアマネジャー等の意見を聞いて記入して下さい）。※変化があったときのみ

（1 自分でできる、2 一部手助けが必要、3 手助けが必要）

わたしの生活について（記入日 年 月 日）

項目	評価	備考
食事を食べる	1・2・3	
家の中を歩く	1・2・3	
階段の昇降	1・2・3	
洗顔・歯磨き	1・2・3	
トイレ動作	1・2・3	
着替える	1・2・3	
入浴	1・2・3	
排尿	1・2・3	
排便	1・2・3	
電話を掛ける	1・2・3	
外出する	1・2・3	
買い物をする	1・2・3	
洗濯をする	1・2・3	
料理をする	1・2・3	
薬を適切に飲む	1・2・3	
家事をする	1・2・3	
金銭の管理	1・2・3	



わたしの認知症の状況③

本人（家族）等用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

最近気になっていること、困っていること

（気分が落ち込んだり、不安が強くなったり、イライラしたり、疲れやすい、よく眠れない、物をよくなくす、人の名前が出てこない、転びやすくなった、トイレが間に合わないなど、日常生活の中で気づいたことを記入してください）

	内容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	



わたしのこれから①

本人（家族）等用

このページは**本人**が記入してください（本人が記入できない場合は、本人と話し合い、本人の意思をご家族等介護者や信頼できる方に記入してもらってください）。

わたしのこれから

- この内容は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
- 確認はあくまで記入時の希望を示します。何度でも変更は可能です。
- 法律的な意味はなく、強制力也没有ありません。

今後、認知症がすすむなどによって、家での暮らしが難しくなったときや病気が重くなったとき、

①家族のサポートや、デイサービス、ショートステイなど必要なサービスを利用しながら、今まで暮らしてきた自宅で生活することを	• 希望する • 希望しない • 検討中	記入日 年 月 日
②必要に応じて介護施設に入所し、必要なサポートを受けながら暮らすことを	• 希望する • 希望しない • 検討中	記入日 年 月 日

③その他、どのような暮らしをのぞまれるかご希望について自由に記入してください

記入日： 年 月 日



わたしのこれからのこと②

本人（家族）等用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合は、本人と話し合い、本人の意思をご家族等介護者や信頼できる方に記入してもらってください）。

- ・この内容は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
- ・確認はあくまで記入時の希望を示します。何度でも変更は可能です
- ・法律的な意味はなく、強制力也没有せん

今後、認知症や脳血管障害などによって意思表示が難しくなり、意思を表示する能力の改善の可能性がないと医師が判断する状態になったとき

① 食事が食べられなくなり、治療によっても食べられるまで回復する見込みがないと医師が判断したときに、人工的な水分・栄養補給を	・ 希望する ・ 希望しない ・ 検討中	記入日 年 月 日
② 死が間近に迫っており、治療によっても回復する見込みがないと医師が判断したときに、人工呼吸、心臓マッサージによる生命維持を	・ 希望する ・ 希望しない ・ 検討中	記入日 年 月 日

ご自分で意思表示や判断が難しくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか。（お書きいただかなくても結構です）

お名前： _____ ご関係： _____

記入日： _____ 年 月 日

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

()から()に質問・連絡です。

連絡・質問

年 月 日

所属 () 氏名 ()

回答

年 月 日
- - - - -

- - - - -
回答者所属 ()

氏名 ()

確認者サイン 読んだ方はこちらに
サインして下さい。



連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

()から()に質問・連絡です。

連絡・質問

年 月 日

所属 () 氏名 ()

回答

年 月 日
- - - - -

- - - - -
回答者所属 ()

氏名 ()

確認者サイン 読んだ方はこちらに
サインして下さい。



連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

()から()に質問・連絡です。

連絡・質問

年 月 日

所属 () 氏名 ()

回答

年 月 日
- - - - -

- - - - -
回答者所属 ()

氏名 ()

確認者サイン 読んだ方はこちらに
サインして下さい。

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

()から()に質問・連絡です。

連絡・質問

年 月 日

所属 () 氏名 ()

回答

年 月 日
- - - - -

- - - -
回答者所属 ()

氏名 ()

確認者サイン 読んだ方はこちらに
サインして下さい。

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

()から()に質問・連絡です。

連絡・質問

年 月 日

所属 () 氏名 ()

回答

年 月 日
- - - - -

- - - - -
回答者所属 ()

氏名 ()

確認者サイン 読んだ方はこちらに
サインして下さい。

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

()から()に質問・連絡です。

連絡・質問

年 月 日

所属 () 氏名 ()

回答

年 月 日
- - - - -

- - - - -
回答者所属 ()

氏名 ()

確認者サイン 読んだ方はこちらに
サインして下さい。

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

()から()に質問・連絡です。

連絡・質問

年 月 日

所属 () 氏名 ()

回答

年 月 日
- - - - -

- - - - -
回答者所属 ()

氏名 ()

確認者サイン 読んだ方はこちらに
サインして下さい。

