

「むすびあい手帳」の使い方・記入方法

～かかりつけ医，専門医，歯科医師の先生方へ～

この手帳を持参されたら【シート6】と【シート8】をできるだけご覧になってください。

また，ご本人の生活状況や介護サービス利用時の状況を知っていただく為にもお時間ございましたら他のシートもご覧になってください。

1. 【シート4】支援体制・連絡先

- ・ご本人やご家族，関係機関の方々が先生方と連絡が取れやすい時間や方法を知ることによって連絡がスムーズに取れます。連絡を受けやすい時間帯や方法がございましたらご家族へお伝えください。
- ・その他の欄には，歯科，整形外科，眼科等の連絡先をご記入していただきます。

【シート4】

支援体制・連絡先																			
医療機関等	<table border="1"> <tr> <td>病院名:</td> <td>医師名:</td> </tr> <tr> <td>連絡を受けやすい時間帯:</td> <td>連絡を受けやすい方法(電話・FAX・メール):</td> </tr> <tr> <td>電話:</td> <td>FAX:</td> </tr> <tr> <td>Eメール:</td> <td></td> </tr> </table>	病院名:	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:											
病院名:	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	<table border="1"> <tr> <td>病院名:</td> <td>医師名:</td> </tr> <tr> <td>連絡を受けやすい時間帯:</td> <td>連絡を受けやすい方法(電話・FAX・メール):</td> </tr> <tr> <td>電話:</td> <td>FAX:</td> </tr> <tr> <td>Eメール:</td> <td></td> </tr> </table>	病院名:	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:											
病院名:	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	<table border="1"> <tr> <td>病院名:</td> <td>医師名:</td> </tr> <tr> <td>連絡を受けやすい時間帯:</td> <td>連絡を受けやすい方法(電話・FAX・メール):</td> </tr> <tr> <td>電話:</td> <td>FAX:</td> </tr> <tr> <td>Eメール:</td> <td></td> </tr> </table>	病院名:	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:											
病院名:	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:																		
関係機関	<table border="1"> <tr> <th>事業所名</th> <th>電話</th> </tr> <tr> <td>ケアマネジャー</td> <td>担当:</td> </tr> <tr> <td>地域包括支援センター</td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問看護</td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問介護</td> <td></td> </tr> <tr> <td>通所リハ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>通所介護</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ショートステイ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>施設入所</td> <td></td> </tr> </table>	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	
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																			

2. 【シート5-1】私のプロフィール1

- ・「これまでにかかったことのある病気」の治療中の場合についての内容(服薬中等)は，ご家族が記入していない場合，先生がわかる範囲でご記入ください。

【シート5-1】

私のプロフィール1(ご本人の基本情報)	
名前	(性別)
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
住所	
電話	
生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別) 名称
<家族構成>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者(人)
<主介護者名>	(歳・続柄)
<身体状況>	身長(cm) / 体重(kg)
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 補聴器(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明 メガネ・コンタクト(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(お薬: / 食物:)
タバコ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(本 / 日)
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類: / 量: / 日)
既往病	これまでにかかったことのある病気
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
高血圧症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
心臓病(心臓・心筋病)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
脂質異常症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
甲状腺機能低下症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
脳卒中(脳梗塞・脳出血)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
打撲・骨折・脱臼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
感染症	<input type="checkbox"/> 無・過去に経験にかかったことが() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 治療中(菌種・虫卵・ウイルス・他)
アレルギー(病名・治療の有無など)	

