

記載例

釧路市・標茶町・鶴居村・白糠町・厚岸町

つながり手帳



氏名	釧路 一郎
----	-------

この手帳を提示しましょう

- 医療機関 受診時
- 入院、入所、介護サービス利用時
- 関係者が自宅を訪問した時

記載例

つながり手帳の使い方

- ・この手帳は、ご本人(あなた)の病気の状態や生活の様子などを記録する手帳です。
- ・かかりつけ医、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパーなど医療・介護関係者が情報を共有し、ご本人に関わる人がつながりながら、「ご本人(あなた)」を支えることを目的としています。
- ・現在治療中の病気について記録をしておくことで、今後もし病院や施設に入院、入所になった場合、この手帳を見せることで、これまでの様子を理解していただけたらと思います。
- ・病院を受診する時は、必ず外来にこの手帳をお持ちください。
- ・医療情報・個人情報はずべて安全に管理され、個人情報が公表されたりご本人(あなた)の許可なく他の目的に使用されることは一切ありません。
- ・この手帳は、必要に応じてページを増やしたり、外したりすることができます。

詳しくは「つながり手帳」運用ルールをご覧ください。

〈同意欄〉 この手帳の活用に同意します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

氏名

くしろ
釧路

いちろう
一郎

ご関係

本人

①手帳を渡した方(渡した日

○ 年 ○ 月 ○ 日)

氏名

あかん
阿寒

はなこ
花子

病院・事業所名

マリモ住宅

②手帳を管理される方(家族・親族・事業者などご本人に関わる方)

氏名

くしろ
釧路

よしこ
良子

ご関係(事業所名)

妻

同意欄について～個人情報を取り扱う以上必要な項目です。本人に同意が取れない場合には、家族等のキーパーソンが同意した場合には発行できます。

記載例

基本情報

わたし自身のこと

氏名 ごがせ 釧路 一郎 性別 男 女

生年月日 大正 昭和 12 年 8 月 9 日 血液型 A 型

住所 釧路市〇〇町 1 丁目 2 番 3 号 電話 23-1234

同居家族： 無 有 釧路 良子(妻)

緊急連絡先 ごがせ 釧路 良子

① 氏名 釧路 良子 ご関係： 妻 電話 23-1234

住所 釧路市〇〇町 1 丁目 2 番 3 号

② 氏名 ごがせ 釧路 次郎 ご関係： 長男 電話 0△0-1234-5678

住所 旭川市〇〇町 1 丁目 2 番 3 号

身長 165 cm 体重 71 kg (〇〇年△ 月現在)

身長 165 cm 体重 68.5 kg (〇〇年× 月現在)

身長 cm 体重 kg (年 月現在)

アレルギー 無 有
(薬： 食物： その他：)

禁止事項

その他特記事項

糖尿病にてインスリン自己注射実施中

身長、体重は栄養状態の確認や服薬管理の面から必要な項目です。値に大きな変化があった場合には書き加えてください。スペースの関係上、3行となっております。

記載例

わたしの病気

略語や専門用語は避け、ご本人、ご家族や他に関わる方にもわかりやすい表現で記入します。

内服薬の有無
治療状況など

いつ頃 (○才)	病名	病院名	現在の状況	その他 (自由記載)
40代	糖尿病	湿原病院 (内科)	<input checked="" type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 治療終了	内服 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(科)	<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 治療終了	内服 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(科)	<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 治療終了	内服 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(科)	<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 治療終了	内服 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(科)	<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 治療終了	内服 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

身体障害者手帳 なし あり (種 級)
 精神障害者保健福祉手帳 なし あり (種 級)
 療育手帳 なし あり (A ・ B)

病名以外に記載したいことがあれば、その他自由記載欄へ記入してください。1段で書ききれない場合は、2行に渡って記載してもよいです。

記載例



わたしの望む医療・介護

- ・気持ちに変化があった場合は、そのつど書き換えてください。
- ・ご本人が自分で記入するほか、ご家族や支援者の代筆でも構いません。
- ・他の人の目に触れたくないときは、とりはずして別に保管することもできます。

(選択項目)

1. 病状の悪化などにより、自分の考えを伝えられなくなった場合にどこで医療や介護をうけたいですか。

- 自宅で過ごしたい 病院で医療や介護を受けたい
 施設で医療・介護を受けたい
 その他（具体的な場所を記載）

()

2. 治療が困難な病気や病状の悪化などにより自分の考えが伝えられなくなった場合に、どのような治療を望みますか。

- 可能な限り、延命治療を受けたい。
（例：人工呼吸器・経管栄養・人工透析・輸血 など）
 できるだけ苦痛を緩和して、快適に暮らすことを重視したい。

3. その他

()

記載日 ○年○月○日

記載者

マリモ居宅

ケアマネ:阿寒花子

急いで全ての欄を埋める必要はありません。家族とも話し合い、ご本人の思いに触れた際、今の気持ちを記入できるよう、支援をお願いします。

記載例

わたしの望む暮らし方

<記載例>

「最期は自分の家で家族と一緒に過ごしたい」

「元気なうちは一人で暮らしたいが、いずれは息子の家で暮らしたい」

現在の暮らしについて（身体が元気な間は…）		
どこで	<input checked="" type="radio"/> 家	施設・その他（ ）
誰と	<input checked="" type="radio"/> 配偶者	子・孫・その他（ ）
記載日	どのように過ごしたいか	記載者
○年○月○日	自分のことは自分で行いながら暮らしたい。	
将来の暮らしについて（病気や介護が必要になったとき）		
どこで	<input checked="" type="radio"/> 家	施設・病院・その他（ ）
誰と	<input checked="" type="radio"/> 配偶者	子・孫・その他（ ）
記載日	どのように過ごしたいか	記載者
○年○月○日	妻の助けを借りながら家での生活を継続したい	

記載例

現在の介護の状況

介護支援専門員（ケアマネジャー）

年 月	事業所名	担当者	連絡先
○年○月	マリモ居宅	阿寒 花子	66-2222

介護情報

要介護認定

要介護度	認定有効期間
要支援() 要介護(2)	○年 4 月 1 日～○年 3 月 31 日
要支援()・要介護()	年 月 日～ 年 月 日
要支援()・要介護()	年 月 日～ 年 月 日
要支援()・要介護()	年 月 日～ 年 月 日

自由記載

デイサービスでは週 2 回入浴をしており、家では妻による清拭をしています。
訪問看護では、血糖値測定とインスリンの実施状況について確認しています。

記載例

現在利用中のサービス

開始日	終了日	種 類	事業所名	利用回数	連絡先
〇.〇.〇		テイサービス	丹頂テイ	週・月 2 回	11-3333
				週・月 回	
				週・月 回	
				週・月 回	

訪問看護

年 月	訪問看護ステーション名	利用回数	連絡先
〇年〇月	訪問看護 ST 幣舞	週 1 回	22-3333
		週 回	

かかりつけ薬局

薬局名 (担当薬剤師)	連絡先
くろがね薬局	22-3333

自由記載

記載例

わたしの食事

記載日 ○年 △ 月 △ 日 記載者 (ケアマネ 阿塞)

家での食事の様子

好きな食べ物	白身魚、うどんなど
嫌いな食べ物	葉物野菜(ほうれん草、小松菜など)
むせ	なし ・ あり

食事で気をつけている事・困っている事

年月日 20△△ 4/○	汁物などでむせやすいので、声を掛けながら食事の見守りをしています。	記載者 釧路 良子
20△△ 5/○	汁物にはとろみをつけて食べています。	釧路 良子

食
事

栄養士や、言語聴覚士の方々にも記載していただきたいです。家族への指導内容を記入しても良いです。


記載例

わたしが病院や施設を利用する時の食事

記載日 ○年△月△日 記載者 (ケアマネ 阿寒)
 入院・施設入所・ショートステイ (通所 (デイサービス等))
 病院・施設名 ()

食事内容

食 種	エネルギー制限		
特記すべき 食事制限 または付加	エネルギー: 1,800kcal 制限		
主 食	米飯・麺	おかず形態	
とろみ剤の使用	なし・あり	とろみ濃度	うすい・中間・濃い
補助栄養剤	なし	食事にかかる時間	30 分位
禁止食品	なし		
食事摂取量	全量・7割・5割・3割以下		
食べやすいもの	おかゆ	食べにくいもの	肉
食事介助	自力・一部介助 ()・全介助		
食 具	はし・スプーン・フォーク・その他 ()		

歯の状態	自分の歯→ある [食べられる・食べられない] →ない 入れ歯→ある [総入れ歯(上・下)・部分入れ歯(上・下)] →ない
特記事項	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> かかりつけ歯科医院 釧路歯科医院 TEL (33-2345) </div> 

入院や施設利用時に自宅でも食事の状況を把握しやすいよう、活用ください。

記載例

わたしに必要なケア

- ・略語や専門用語は避け、ご本人、ご家族や他に関わる方にもわかりやすい表現で記入します。
- ・ご家族や他に関わる方と共有したい内容について、どなたでも自由に記入できます。
- ・記載内容に終了・変更があった場合は修正し、常に最新の情報になるよう配慮します。
- ・他に関わる方への連絡のほか、ご家族から病院などへの連絡の際もご活用ください。

胃ろう (サイズ **16** Fr, cm固定)

尿道カテーテル (サイズ Fr)

尿路ストマ (サイズ Fr)

人工肛門

在宅酸素 (動作時 ℓ) (安静時 ℓ)
業者: TEL:

ペースメーカー 排便コントロール 疼痛コントロール

その他

インスリン(種類) 朝○単位、夕○単位

必要なケア

記載例

わたしに必要なケア

必要なケア

在宅に必要な医療処置・リハビリ内容・ケアの際に気をつけることなど (一般的な内容ではなく、ご本人独自のケア内容を記入します)		
記載日	内 容	記載者
〇.〇.〇	移動は、家の中は歩行器 外は主に車椅子で移動しています。	ケアマネ 阿寒
〇.〇.〇	夜間にウロストーマ(尿を溜める袋)より 漏れた場合にはおむつを当てておいて 下さい。日中訪問看護で貼り直します。	訪看 幣舞

転びやすさ、本人独自の介助方法など共有したケアについて記載してみましよう。
口腔ケア、栄養管理、禁忌肢位について記載してもよいです。

記載例

関わる方へのご連絡

記入の際は付属の「目印クリップ」をつけて
他の方が気づくようご配慮ください

- ・この欄は、医療・介護関係者間での連絡のほか、ご家族から病院や介護関係者への連絡にもご活用ください。
(すぐに確認できない場合もあるため、緊急の連絡には使用できません)
- ・略語や専門用語は避け、ご本人、ご家族や他に関わる方にもわかりやすい表現で記入します。

ご連絡

○年△月△日(訪看)から(湿原病院)様へ	
先週、1週間の間に2回低血糖になりました。	
インスリン注射はこのままでよいでしょうか。詳しくは、 糖尿病手帳を持参しますので、そちらをご覧ください。	
確認日 ○月◆日	サイン(コメント)
<input checked="" type="checkbox"/> 了解	湿原病院 外来 佐藤
<input type="checkbox"/> 対応済	
<input type="checkbox"/> 検討中	
<input type="checkbox"/> 返事希望	

※枠が小さい場合は次のご連絡欄にご記入下さい。

ご連絡

○年△月△日(湿原病院)から(訪看)様へ	
食事摂取状況によりますが、インスリンは現行のままでお願い します。	
確認日 ○月◆日	サイン(コメント)
<input checked="" type="checkbox"/> 了解	訪看 幣舞
<input type="checkbox"/> 対応済	
<input type="checkbox"/> 検討中	
<input type="checkbox"/> 返事希望	

※枠が小さい場合は次のご連絡欄にご記入下さい。

ご連絡

知りたい内容を具体的に記入することで、返事を書きやすくなります。確実に見てほしい場合には、直接電話をしておくのがよいでしょう。記入欄が足りない場合には、次の欄も使ってもよいです。

記載例

関わる方へのご連絡

記入の際は付属の「目印クリップ」をつけて
他の方が気づくようご配慮ください

ご連絡

○年 △ 月 △ 日 (ケアマネ) から (湿原病院) 様へ	
来月よりリハビリ特化型のテイサービスの利用を検討していますが、いかがでしょうか。	
	確認日 ○ 月 ◆ 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 了解 サイン (コメント) <input type="checkbox"/> 対応済 湿原病院 鈴木 <input type="checkbox"/> 検討中 (利用について <input type="checkbox"/> 返事希望 問題ないです。)

※枠が小さい場合は次のご連絡欄にご記入下さい。

ご連絡

年 月 日 () から () 様へ	
	確認日 月 日
	<input type="checkbox"/> 了解 サイン (コメント) <input type="checkbox"/> 対応済 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 返事希望

※枠が小さい場合は次のご連絡欄にご記入下さい。

確認したことがわかるよう、サインや捺印をしましょう。