

「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	
総合診療科	医師名: _____ 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: _____
専門	医師名: _____ 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	医師名: _____ 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	名称: _____ 住所: _____ 電話番号: _____
関係機関	事業所名: _____ 担当: _____ 電話: _____
ケアマネジャー	
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)

氏名	性別	年齢	住所	電話番号	生活状況	家族構成	主介護者	身体状況	聴力	視力	アレルギー	禁酒	既往歴	現在患っている病気
名前	男・女	生年月日	住所	電話番号	生活状況	家族構成	主介護者	身体状況	聴力	視力	アレルギー	禁酒	既往歴	現在患っている病気
大正・昭和・平成		年 月 日			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居者(人)	<input type="checkbox"/> 同居者(人)	身長(cm) / 体重(kg)	<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	<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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(お薬: / 食物:)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類: / 量: / 日:)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓病(心臓・心筋病) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳梗塞・脳出血)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓病(心臓・心筋病) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳梗塞・脳出血)

