

# 「むすびあい手帳」の使い方・記入方法

## ～ご本人・ご家族の方へ～

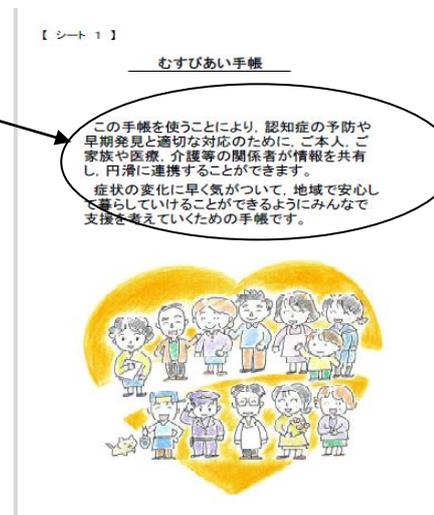
ご本人が医療機関を受診したり、介護サービスを受ける際には必ず持参してください。

※むすびあい手帳は、ご本人が記入できない場合ご家族やケアマネジャーが代わりに記入をお願いします。

※わからないところは、無理に記入せず後日ケアマネジャーと相談して書きましょう。

### 1. 【シート1】目的

・手帳を使っていただく目的になりますのでよくお読みください。



### 2. 【シート3】「個人情報に関する同意書」

・【シート1】の手帳の目的に同意されましたら同意書のご本人とご家族の欄に署名をお願いします。ご家族がいらっしゃらない場合は、同居していない親族や後見人などに代理人欄に署名してもらいます。また、緊急連絡先の記入もしてください。

#### 【シート3】 個人情報に関する同意書

私と家族は、安心して生活を続けられ、医療・介護等サービス提供者間で必要なために、この手帳を使用することに同意します。

平成 年

本人 (代筆)

ご家族 (続柄)

代理人 (関係)

本人の署名は、代筆でも可能です。

同居している方でなくても連絡がつきやすい方がいましたらお書きください。

#### <緊急連絡先>

	氏名	電話番号	連絡のつく時間帯
①	(関係)		<input type="checkbox"/> 午前 時～ <input type="checkbox"/> 午後 時
②	(関係)		<input type="checkbox"/> 午前 時～ <input type="checkbox"/> 午後 時
③	(関係)		<input type="checkbox"/> 午前 時～ <input type="checkbox"/> 午後 時

### 3, 【シート4】「支援体制・連絡先」

- ・ 医師との連絡をとりやすくするため、かかりつけの先生の連絡が取れる時間帯や方法等 事前に確認し記載しましょう。

関係機関の事業名などは、  
ケアマネジャーと一緒に  
記入しましょう。

【シート4】  
支援体制・連絡先

医療機関等		
かかりつけ医	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: _____	
専門医	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	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: _____	訪問者・数
関係機関		
ケアマネジャー	事業所名: _____ 担当: _____	電話: _____
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		

### 4, 【シート5-1】「私のプロフィール1」

- ・ ご本人のお名前や住所、家族構成、これまでにかかったことのある病気などわかる範囲で記入してください。
- ・ 「これまでかかったことのある病気」は、初めて受診される医療機関では、受付にご提示ください。

【シート5-1】  
私のプロフィール1(ご本人の基本情報)

(年 月 日) 記入者: \_\_\_\_\_ (関係: \_\_\_\_\_)

ふりがな	(性別)
名前	男・女
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》	
特定疾患	有(病名) _____ 無 _____
障害者手帳	有(種別・番号) _____ 無 _____
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(口有/口無)
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(口有/口無)
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(種類 量 / 日)
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類 量 / 日)
糖尿病	これまでにかかったことのある病気 <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(狭心症・心筋梗塞)	<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
認知症(打撲・交通事故等)	<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・過去に菌培養にかかったこと(口有/口無) <input type="checkbox"/> 不明
その他(病名、治療の有無など)	

最近のわかる情報で記入しましょう。





## 9, 【シート11】生活経過記録

- ・デイサービスやショートステイ, 訪問看護などのサービス利用時のお体の様子や食事摂取量を記入してありますので, サービス利用後ご自宅に戻られたらご確認ください。

【シート11】

平成 年 生活経過記録

月日	体温	血圧	脈拍	食事摂取量	便	入浴	体重	サイン
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				
/ ( )	/	/	/	主食( )割 副食( )割				

## 10, 【シート11-2】生活経過記録(2)

- ・「ご本人・ご家族記入欄」にデイサービスやショートステイをご利用の際にご自宅で変わった様子(昨夜, あまり眠れなかった, 最近, 食欲がないなど)や連絡事項がありましたら記入しサービス事業所へ伝えます。

- ・サービスを利用したら「関係機関記入欄」に施設から利用時の様子など記入しますので帰宅後に必ずご確認ください。

【シート11-2】 生活経過記録(2)

ご本人・ご家族記入欄(平成 年 月 日)

.....

関係機関記入欄(平成 年 月 日)(記載者: )

.....

ご本人・ご家族記入欄(平成 年 月 日)

.....

関係機関記入欄(平成 年 月 日)(記載者: )

.....

ご本人・ご家族記入欄(平成 年 月 日)

.....

関係機関記入欄(平成 年 月 日)(記載者: )

.....