

# ふじのくに「ささえあい」手帳



氏 名

※医療機関を受診するときや介護保険サービスを利用するときは必ずこの手帳をお出してください。

# 目 次

はじめに	1
同意書	2
医療や介護等の関係機関	3
本人の情報	私のプロフィール ..... 5 医療の情報 ..... 7
経過記録	生活・症状チェックシート ..... 8 レーダーチャート ..... 9
連絡ノート	16

この手帳を拾われた方は、手帳の  
5ページにある連絡先へ連絡して  
ください。  
ご協力よろしく申し上げます。



※この手帳には、個人情報に記載されています。置き忘れや紛失など、取扱いや管理には十分ご注意ください。よろしくお願いいたします。

# はじめに

この手帳は、認知症の方やご家族が、地域で安心して暮らすことができるよう、ご本人やご家族、医療・介護関係の皆様にご利用していただくものです。

この手帳に記録される情報を、ご本人を含めた関係者全員が共有することにより、その時々の状態に応じた適切な医療や介護を行うことが可能になります。

## この手帳の使い方

この手帳は、以下の3部構成となっています。

本人の情報	「私のプロフィール」と「医療の情報」により構成されています。基本的には家族に記入していただきますが、難しい箇所はケアマネジャー等に補完してもらいます。
経過記録	本人の状態の経過を記録する項目です。「生活・症状チェックシート」により認知機能や日常生活の状況を点数化し、レーダーチャートを作成します。 原則的には、半年ごとを目安に（状態に変化が見られるときはその時点）ケアマネジャーが記入してください。
連絡ノート	「伝えたいこと」「相談したいこと」「気になること」など、連携に必要な事項を記入するページです。 本人や家族、関係機関など、すべての人が自由に記入できます。

## ご本人・ご家族の方へ

○この手帳は、ご本人が医療機関を受診する際や、介護サービスを利用する際に携帯し、主治医や介護の担当者に記入いただくようお願いいたします。

## 医療・介護関係の皆様へ

○この手帳は、皆様にもご記入いただくことで、医療・介護サービス等の連携が円滑にできることを目的としています。

○ご本人の生活状況や症状の全体像、特徴、変化が、「レーダーチャート」により『見える化』されます。日々の診療・介護やケア会議、ケアプラン作成などにご活用ください。

# 同意書

私は、本手帳に記載されている個人情報（医療機関・介護サービス事業所など）が共有することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

署名代行者 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

上記に同意し、家族又は介護者で責任をもって保管します。

家族又は介護者氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

## ※成年後見制度

成年後見人、保佐人、補助人が選任されている場合は、下記に署名をお願いします。

後見人     保佐人     補助人

氏名 \_\_\_\_\_

## 【医療や介護等の関係機関】

### 〈医療機関〉

医療機関名	連絡先	主治医(担当者)名
	電話： ( )	
	電話： ( )	
	電話： ( )	
	電話： ( )	

### 〈薬局〉

医療機関名	連絡先	主治医(担当者)名
	電話： ( )	
	電話： ( )	
	電話： ( )	

### 〈介護支援専門員（ケアマネジャー）〉

事業所名	連絡先	担当者名
	電話： ( )	
	電話： ( )	
	電話： ( )	

〈介護サービス事業所〉

事業所名	連絡先	担当者名
	電話： ( )	
	電話： ( )	
	電話： ( )	
	電話： ( )	
	電話： ( )	
	電話： ( )	

〈地域包括支援センター、その他の関係機関〉

機関名	連絡先	担当者名
	電話： ( )	
	電話： ( )	
	電話： ( )	

〈その他連絡先：家族や親しくしている知人、民生委員等〉

氏名	続柄	住所	連絡先



身長	cm	体重	kg	<input type="checkbox"/> 減	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 増
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな声でゆっくりだと聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない					
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 補聴器 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )					
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 大きな文字・形は見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( お薬： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 食べ物： <input type="checkbox"/> )					
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に2～3回 <input type="checkbox"/> 機会飲酒 )					
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 1日20本以上 <input type="checkbox"/> 10本以上20本未満 <input type="checkbox"/> 10本未満 )					
運転免許証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 現在運転している <input type="checkbox"/> 現在運転していない )					
習慣	(趣味、特技、食べ物の好き嫌い等)					
生活歴	例) 出生地、職歴 等々					



**【医療の情報】** ※医療機関で記載してください

〈認知症の原因となっている疾患〉

診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症	<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症
	<input type="checkbox"/> レビー小体型認知症	<input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症
	<input type="checkbox"/> 不 明	<input type="checkbox"/> その他 ( )
記入者 (年月日)	( 年 月 日)	

〈その他の疾患〉

■糖尿病	無 ・ 有	(いつ頃から： 年 月)
■脳血管疾患	無 ・ 有	(いつ頃から： 年 月)
■高血圧	無 ・ 有	(いつ頃から： 年 月)
■歯科・口腔疾患	[病名： ]	(いつ頃から： 年 月)
■その他	[病名： ]	(いつ頃から： 年 月)

〈診療内容等〉

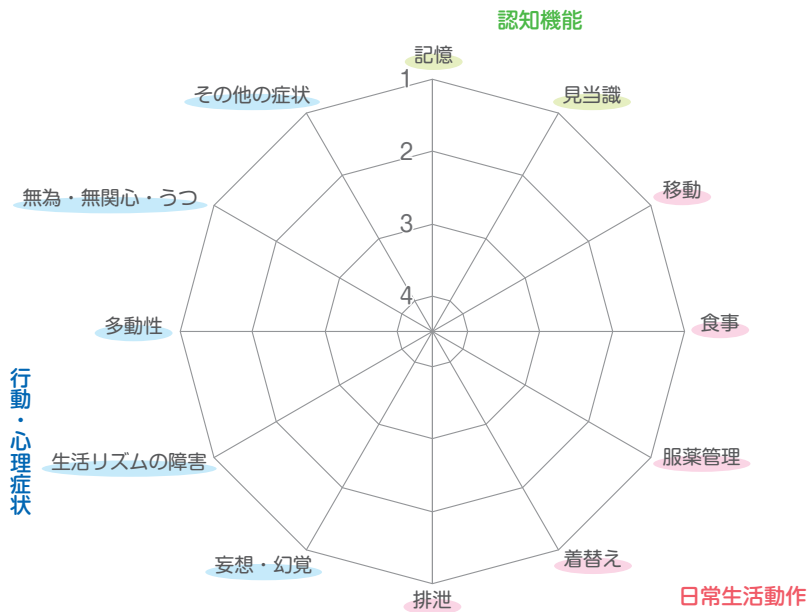
# (生活・症状チェックシート)

(記載者： )

(記載日： 年 月 日)

評価項目	チェック内容	点 数				得 点		
		1	2	3	4	項目	計	
認知機能	記憶	最近のことを忘れることがある	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	見当識	時間や場所が分からなくなることがある	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
日常生活動作	移動	トイレや浴室まで一人で移動できる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	食事	一人で食べることができる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	服薬管理	服薬が一人でできる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	着替え	着替えが一人でできる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	排泄	一人でトイレで用を足すことができる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
行動・心理症状	妄想・幻覚	もの盗られ妄想や被害妄想、幻視、幻聴など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	生活リズムの障害	昼夜逆転や不眠など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	多動性	徘徊や落ち着きのなさなど	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	無為・無関心・うつ	日常的な物事への無関心やうつ状態など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
その他の症状	その他の生活上での支障(※)	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある			
(※) 意思疎通の困難さや介護への抵抗など						得点合計		

## 【レーダーチャート】



### ■簡易検査結果

HDS-R : /30      MMSE : /30

### ■介護度

要支援1   要支援2   要介護1   要介護2   要介護3   要介護4   要介護5

### ■日常生活の自立度

・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

自立   J1   J2   A1   A2   B1   B2   C1   C2

・認知症高齢者の日常生活自立度

自立   I   IIa   IIb   IIIa   IIIb   IV   M

### ■生活上で特に支障となっていること

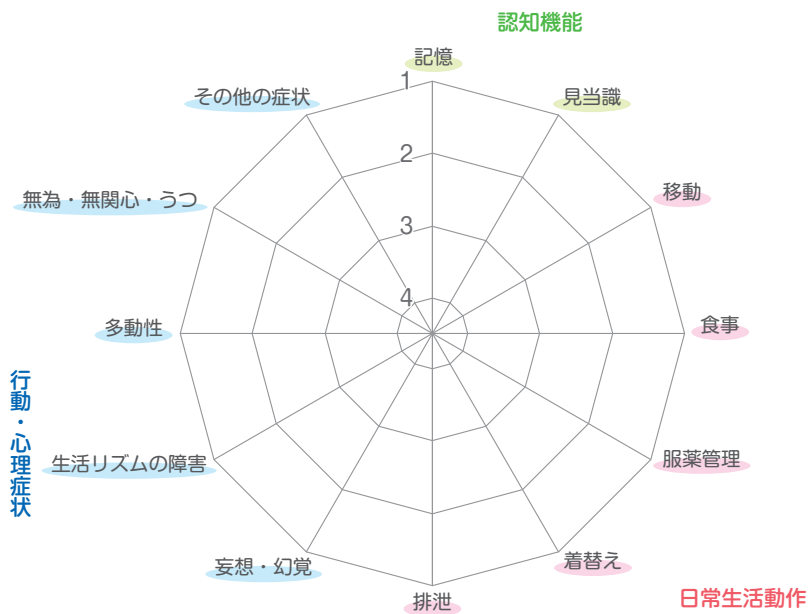
# 〈生活・症状チェックシート〉

(記載者： )

(記載日： 年 月 日)

評価項目	チェック内容	点 数				得 点	
		1	2	3	4	項目	計
認知機能	記憶 最近のことを忘れることがある	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	見当識 時間や場所が分からなくなることがある	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
日常生活動作	移動 トイレや浴室まで一人で移動できる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	食事 一人で食べることができる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	服薬管理 服薬が一人でできる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	着替え 着替えが一人でできる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	排泄 一人でトイレで用を足すことができる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
行動・心理症状	妄想・幻覚 もの盗られ妄想や被害妄想、幻視、幻聴など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	生活リズムの障害 昼夜逆転や不眠など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	多動性 徘徊や落ち着きのなさなど	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	無為・無関心・うつ 日常的な物事への無関心やうつ状態など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
その他の症状	その他の生活上での支障(※)	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
(※) 意思疎通の困難さや介護への抵抗など						得点合計	

## 【レーダーチャート】



### ■簡易検査結果

HDS-R : /30      MMSE : /30

### ■介護度

要支援1   要支援2   要介護1   要介護2   要介護3   要介護4   要介護5

### ■日常生活の自立度

・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

自立   J1   J2   A1   A2   B1   B2   C1   C2

・認知症高齢者の日常生活自立度

自立   I   IIa   IIb   IIIa   IIIb   IV   M

### ■生活上で特に支障となっていること

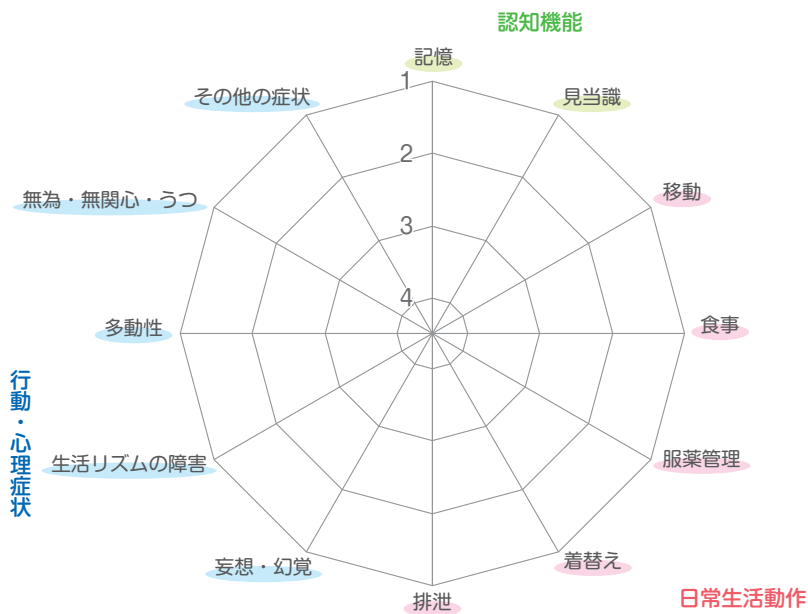
(生活・症状チェックシート)

(記載者： )

(記載日： 年 月 日)

評価項目	チェック内容	点 数				得 点	
		1	2	3	4	項目	計
認知機能	記憶 最近のことを忘れることがある	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	見当識 時間や場所が分からなくなることがある	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
日常生活動作	移動 トイレや浴室まで一人で移動できる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	食事 一人で食べることができる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	服薬管理 服薬が一人でできる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	着替え 着替えが一人でできる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	排泄 一人でトイレで用を足すことができる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
行動・心理症状	妄想・幻覚 もの盗られ妄想や被害妄想、幻視、幻聴など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	生活リズムの障害 昼夜逆転や不眠など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	多動性 徘徊や落ち着きのなさなど	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	無為・無関心・うつ 日常的な物事への無関心やうつ状態など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
その他の症状	その他の生活上での支障(※)	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
(※) 意思疎通の困難さや介護への抵抗など						得点合計	

## 【レーダーチャート】



### ■簡易検査結果

HDS-R : /30      MMSE : /30

### ■介護度

要支援1   要支援2   要介護1   要介護2   要介護3   要介護4   要介護5

### ■日常生活の自立度

・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

自立   J1   J2   A1   A2   B1   B2   C1   C2

・認知症高齢者の日常生活自立度

自立   I   IIa   IIb   IIIa   IIIb   IV   M

### ■生活上で特に支障となっていること

# (生活・症状チェックシート)

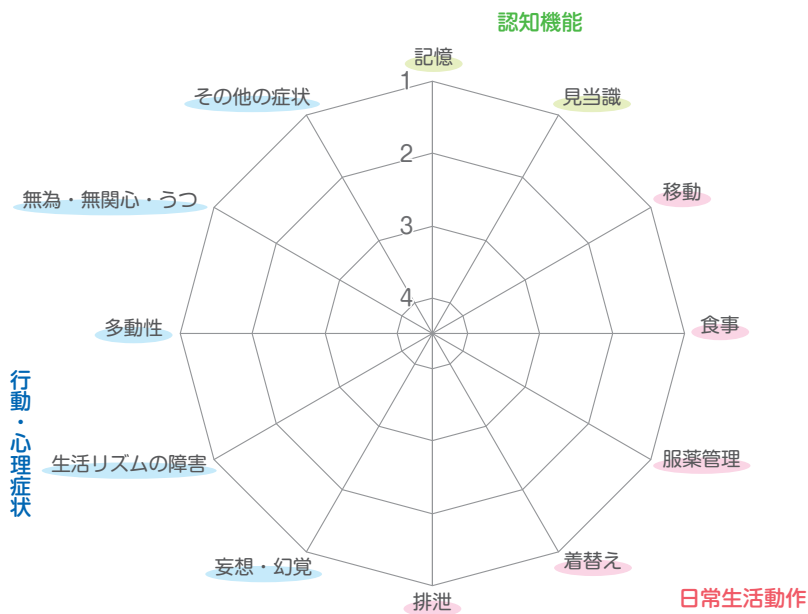
(記載者： )

(記載日： 年 月 日)

評価項目	チェック内容	点 数				得 点		
		1	2	3	4	項目	計	
認知機能	記憶	最近のことを忘れることがある	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	見当識	時間や場所が分からなくなることがある	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
日常生活動作	移動	トイレや浴室まで一人で移動できる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	食事	一人で食べることができる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	服薬管理	服薬が一人でできる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	着替え	着替えが一人でできる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
	排泄	一人でトイレで用を足すことができる	問題ない	だいたいできる	あまりできない	全くできない		
行動・心理症状	妄想・幻覚	もの盗られ妄想や被害妄想、幻視、幻聴など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	生活リズムの障害	昼夜逆転や不眠など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	多動性	徘徊や落ち着きのなさなど	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
	無為・無関心・うつ	日常的な物事への無関心やうつ状態など	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
その他の症状	その他の生活上での支障(※)	全くない	ときどきある	頻繁にある	いつもある			
(※) 意思疎通の困難さや介護への抵抗など						得点合計		



## 【レーダーチャート】



### ■簡易検査結果

HDS-R : /30      MMSE : /30

### ■介護度

要支援1   要支援2   要介護1   要介護2   要介護3   要介護4   要介護5

### ■日常生活の自立度

・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

自立   J1   J2   A1   A2   B1   B2   C1   C2

・認知症高齢者の日常生活自立度

自立   I   IIa   IIb   IIIa   IIIb   IV   M

### ■生活上で特に支障となっていること

## 【連絡ノート】

### ○ご家族の方へ

生活で困っていることや、医療・介護の方に聞いてみたいことなどを記載してください。

### ○医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、ケアマネジャー、歯科医師、薬剤師等、医療・介護関係の皆様へ

以下の事項を中心に、お互いの連携に必要な事項（連絡、相談、質問等）について記載してください。

- ・ 診療内容
- ・ 身体状況
- ・ 服薬状況
- ・ 家族や支援者の状況
- ・ 予測される病態
- ・ 認知機能の状態
- ・ 口腔機能の状態
- ・ 介護サービスの提供状況
- ・ 処方
- ・ 栄養状態
- ・ 生活環境

記載内容を確認した方は、サインをお願いします。

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・ ・			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・ ・			
・ ・			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			



年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			



年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

年月日	日々の生活の様子や出来事、連絡事項などの内容	記載者	確認者
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			

# 私のパートナー

この手帳を利用されている方は、  
下の花にサインをお願いします。

家族

家族

ケア  
マネジャー

医師

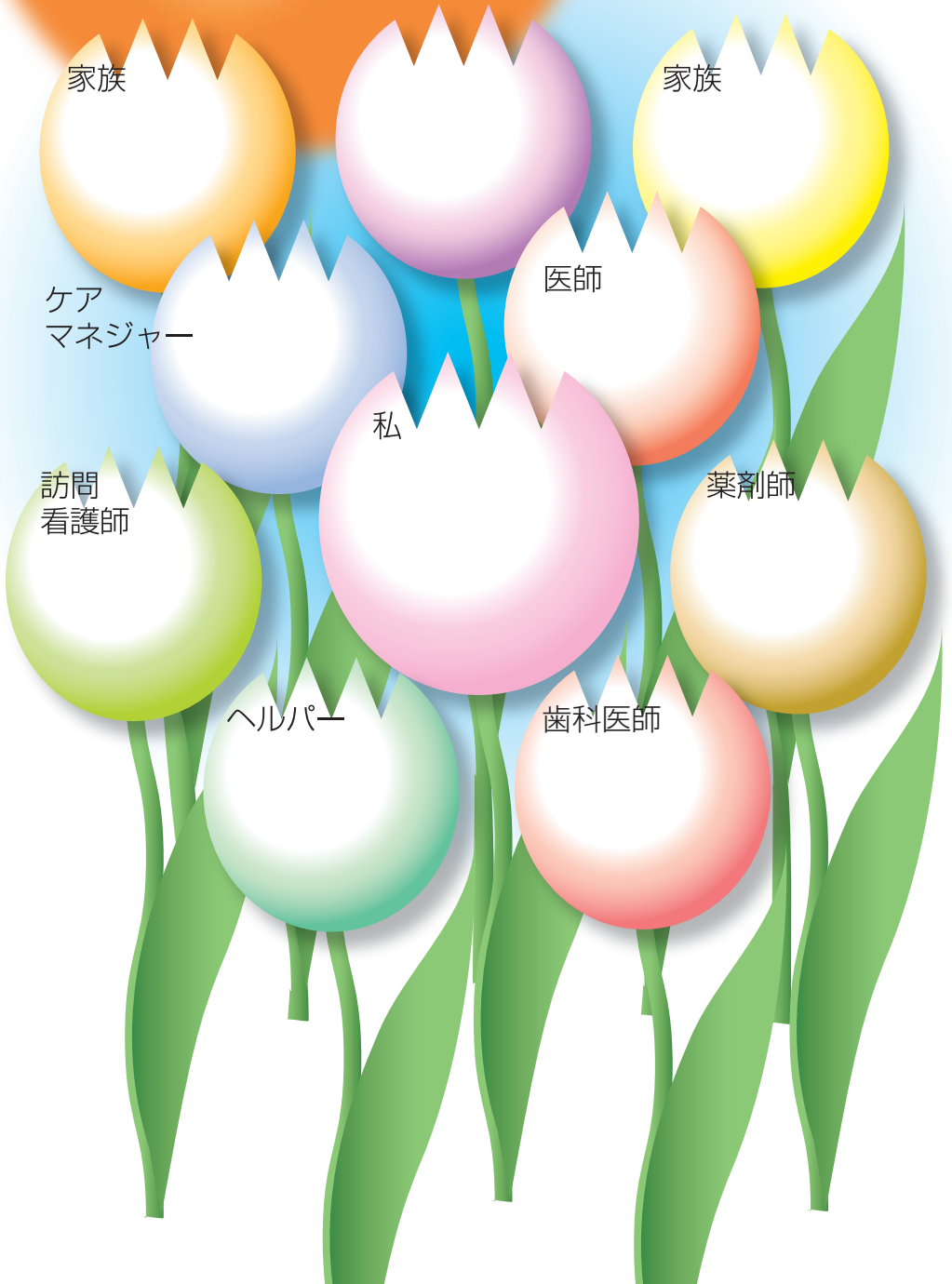
私

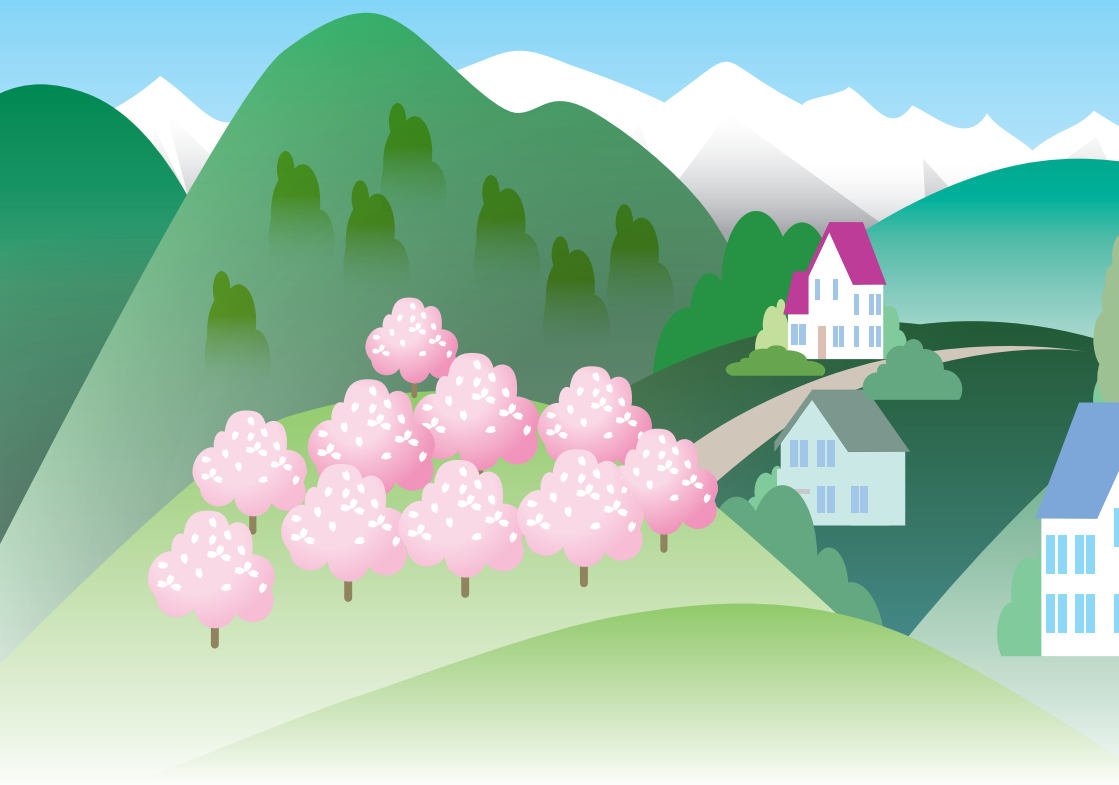
薬剤師

訪問  
看護師

ヘルパー

歯科医師





## ふじのくに「ささえあい」手帳

発行：平成29年3月

作成：静岡県健康福祉部長寿政策課  
一般社団法人 静岡県医師会

TEL：054-221-2442

