

むすびあい手帳

この手帳を使うことにより、認知症の予防や早期発見と適切な対応のために、ご本人、ご家族や医療、介護等の関係者が情報を共有し、円滑に連携することができます。

症状の変化に早く気がついて、地域で安心して暮らしていけることができるようにみんなで支援を考えていくための手帳です。



この手帳の使用方法

ご本人、ご家族の方へ

医師、介護支援専門員、介護サービス機関、薬剤師、地域包括支援センター等もこの手帳を見たり書いたりしますので受診時や相談時、サービス利用時は手帳を持参してください。

この手帳は、個人の責任で大切に保管・管理をしてください。

<手帳の内容>

- 【シート3】 個人情報に関する同意書 …記入しましょう。
- 【シート4】 支援体制・連絡先
- 【シート5】 私のプロフィール(ご本人の基本情報・経歴・想い)
- 【シート6】 情報共有連絡表…みんなで共有しましょう。
- 【シート7】 知恵を出し合う
…生活で困っていることをみんなで考えましょう
- 【シート8】 医療機関の経過記録
- 【シート9】 歯科治療・口腔ケア経過記録
- 【シート10】 日常生活の様子
- 【シート11】 生活経過記録

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るように医療・介護等サービス提供者間で必要な情報を共有するために、この手帳を使用することに同意します。

年 月 日

ご本人

 (代筆)

ご家族

 (続柄)

代理人

 (関係)

<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 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 時~ 時
②	(関係)		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 時~ 時
③	(関係)		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 時~ 時

支援体制・連絡先

開始日	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 有・無
開始日	関係機関	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		

支援体制・連絡先

変更日		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 有 ・ 無
変更日	関係機関	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		

支援体制・連絡先

変更日		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 有 ・ 無
変更日	関係機関	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		

【 シート 5-1 】

私のプロフィール1(ご本人の基本情報)

(年 月記入)記入者: (関係:)

ふりがな	
名前	
生年月日	大正・昭和 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"/> 同居者有(人)
《主介護者名》	(歳)(続柄)
《身体状況》	
特定疾患	無 ・ 有(病名)
障害者手帳	無 ・ 有(精・身・療 級)
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)
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(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
頭部外傷 (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・過去に肺結核にかかったことが(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 治療中(肺結核・B型肝炎・C型肝炎・他)
その他(病名、治療の有無など)	

【 シート 5-2 】

私のプロフィール2(おもな経歴・ご本人・ご家族の想い)

《今までの暮らしのことをお書き下さい》

生まれたところはどこですか

育ったところはどこですか

お仕事をしていた方は、どんなお仕事でしたか

仕事内容

好きなこと、好きだったことはなんですか

《私の楽しみ・よろこびは...》

・私のやりたいことやねがいは...

《ご家族から...》

・ご家族から伝えたいことや知っていてほしいことは...

《その他知っていてほしいこと》

かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

発症時期:昭和・平成・令和 年 月 頃

年月日	年 月	年 月	年 月
診断			
長谷川式スケール	/30点	/30点	/30点
MMSE	/30点	/30点	/30点
頭部CT・MRI	CT・MRI (所見)	CT・MRI (所見)	CT・MRI (所見)
その他 検査所見 (SPECT、 シンチ等)			
血液検査・ 胸部X線・ 心電図 等			
治療内容 等			
記載者			

かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

発症時期:昭和・平成・令和 年 月 頃

年月日	年 月	年 月	年 月
診断			
長谷川式スケール	/30点	/30点	/30点
MMSE	/30点	/30点	/30点
頭部CT・MRI	CT・MRI (所見)	CT・MRI (所見)	CT・MRI (所見)
その他 検査所見 (SPECT、 シンチ等)			
血液検査・ 胸部X線・ 心電図 等			
治療内容 等			
記載者			

歯科治療・口腔ケアの経過記録

年月日	年月日	年月日
受診形態	通院・往診・訪問	通院・往診・訪問
病名		
主訴		
①口腔清掃状態	良い・普通・悪い	良い・普通・悪い
②入れ歯使用状況	有・無 良い・不適合・不使用	有・無 良い・不適合・不使用
③むし歯	有・無	有・無
④歯周病 歯肉の腫れ、出血等 著しい動揺歯 歯石	有・無 有・無 有・無	有・無 有・無 有・無
⑤口臭	有・多少ある・無	有・多少ある・無
⑥舌苔	有・多少ある・無	有・多少ある・無
⑦乾燥	有・無	有・無
⑧むせ	有・無	有・無
⑨開口障害	有・無	有・無
⑩発音障害	有・無	有・無
⑪その他		
処置及び指導	むし歯・入れ歯・外科処置・歯周処置 指導()	むし歯・入れ歯・外科処置・歯周処置 指導()
口腔ケア ①口腔清掃 使用清掃用具	歯ブラシ・歯間ブラシ・ 舌ブラシ・スポンジブラシ・ その他()	歯ブラシ・歯間ブラシ・ 舌ブラシ・スポンジブラシ・ その他()
②入れ歯清掃	有・無	有・無
③摂食・嚥下機能訓練	有・無	有・無
④食事指導	有・無	有・無
⑤マッサージ	有・無	有・無
⑥その他		
記載者		

歯科治療・口腔ケアの経過記録

年月日	年月日	年月日
受診形態	通院・往診・訪問	通院・往診・訪問
病名		
主訴		
①口腔清掃状態	良い・普通・悪い	良い・普通・悪い
②入れ歯使用状況	有・無 良い・不適合・不使用	有・無 良い・不適合・不使用
③むし歯	有・無	有・無
④歯周病 歯肉の腫れ、出血等 著しい動揺歯 歯石	有・無 有・無 有・無	有・無 有・無 有・無
⑤口臭	有・多少ある・無	有・多少ある・無
⑥舌苔	有・多少ある・無	有・多少ある・無
⑦乾燥	有・無	有・無
⑧むせ	有・無	有・無
⑨開口障害	有・無	有・無
⑩発音障害	有・無	有・無
⑪その他		
処置及び指導	むし歯・入れ歯・外科処置・歯周処置 指導()	むし歯・入れ歯・外科処置・歯周処置 指導()
口腔ケア内容 ①口腔清掃 使用清掃用具	歯ブラシ・歯間ブラシ・ 舌ブラシ・スポンジブラシ・ その他()	歯ブラシ・歯間ブラシ・ 舌ブラシ・スポンジブラシ・ その他()
②入れ歯清掃	有・無	有・無
③摂食・嚥下機能訓練	有・無	有・無
④食事指導	有・無	有・無
⑤マッサージ	有・無	有・無
⑥その他		
記載者		

日常生活の様子

(家族・介護サービス事業者用)

左の選択項目であてはまる番号を選んで下のチェック欄に○印				
年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
自立・要支援() 要介護()	自立・要支援() 要介護()	自立・要支援() 要介護()	自立・要支援() 要介護()	自立・要支援() 要介護()
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
[1 2]	[1 2]	[1 2]	[1 2]	[1 2]
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()

日常生活の様子

(家族・介護サービス事業者用)

※ 6ヶ月毎を目安に記載

確認する項目		選択項目
要介護・要支援認定結果		自立 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 (右の欄に介護度を具体的に記入)
認知機能	最近6か月間の悪化傾向	1. なし 2. あり 3. 不明
	短期記憶	1. 問題なし 2. 問題あり
	日常の意思決定	1. 自立 2. いくらか困難 3. 見守りが必要 4. 判断できない
	意思の伝達	1. 伝えられる 2. いくらか困難 3. 具体的な要求に限られる 4. 伝えられない
	見当識障がい	1. なし 2. あり(具体的状況を記載)
行動	移動 (歩行補助具など)	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 介助 5. その他 1. 手引き 2. 杖 3. 歩行器 4. シルバーカー 5. 車いす
	外出	1. 自立 2. いくらか困難 3. 困難
	金銭管理	1. 自立 2. いくらか困難 3. 困難
	薬の内服	1. 自立 2. いくらか困難 3. 困難
	食事	食事介助の必要性
1食あたりの食事量		1. 減少傾向 2. 変化なし 3. 食べ過ぎ傾向
水分摂取量		1. 減少傾向 2. 変化なし 3. とり過ぎ傾向
排泄	排泄介助の必要性	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 介助
	尿失禁	1. なし 2. たまにあり 3. あり
	便失禁	1. なし 2. たまにあり 3. あり
	おむつ使用(紙/パンツ含)	1. なし 2. 夜間のみ使用 3. 常時使用
入浴	入浴介助の必要性	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 介助
	入浴拒否	1. なし 2. たまにあり 3. あり
着脱介助の必要性		1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 介助
その他の症状の確認		1. 幻視・幻聴 2. 妄想 3. 昼夜逆転 4. 暴言 5. 暴行 6. 介護への抵抗 7. 徘徊 8. 火の不始末 9. 不潔行為 10. その他()
備考(気が付いたこと)		
		記載者
		関係

生活経過記録(2)

ご本人・ご家族記入欄(年 月 日)
関係機関記入欄(年 月 日) (記載者:)

ご本人・ご家族記入欄(年 月 日)
関係機関記入欄(年 月 日) (記載者:)

ご本人・ご家族記入欄(年 月 日)
関係機関記入欄(年 月 日) (記載者:)

生活経過記録(2)

ご本人・ご家族記入欄(年 月 日)
関係機関記入欄(年 月 日) (記載者:)

ご本人・ご家族記入欄(年 月 日)
関係機関記入欄(年 月 日) (記載者:)

ご本人・ご家族記入欄(年 月 日)
関係機関記入欄(年 月 日) (記載者:)

この手帳を拾われた方は、お手数でもお近くの区役所へ連絡をくださいますようお願いいたします。

区 役 所	電話番号
北 区役所 健康福祉課	025-387-1325
東 区役所 健康福祉課	025-250-2320
中央区役所 健康福祉課	025-223-7216
江南区役所 健康福祉課	025-382-4383
秋葉区役所 健康福祉課	0250-25-5679
南 区役所 健康福祉課	025-372-6320
西 区役所 健康福祉課	025-264-7330
西蒲区役所 健康福祉課	0256-72-8362
新潟市 地域包括ケア推進課	025-226-1281