

在宅医療・介護連携手帳



一般社団法人 札幌市医師会・札幌市

目 次

患者情報

- ☐ 手帳の使い方 1
- ☐ ジップ付きポケットの使い方 2
- ☐ わたしのプロフィール 3 ~ 4
- ☐ わたしの病気～治療中～ 5 ~ 6
- ☐ わたしの病気～過去の病歴～ 7 ~ 8

かかりつけ 情報

- ☐ 介護支援専門員 9
- ☐ かかりつけ在宅医 10
- ☐ 訪問看護ステーション 11 ~ 12
- ☐ かかりつけ薬局 13
- ☐ かかりつけ歯科医 14

多職種連携 情報

- ☐ 介護情報 15
- ☐ 栄養情報 16
- ☐ 利用しているサービス情報 17 ~ 18
- ☐ 必要なケア～医療処置～ 19
- ☐ 必要なケア～リハビリ～ 20
- ☐ 情報共有シート 21 ~ 22

伝言情報

- ☐ わたしの思い 23 ~ 24
- ☐ 家族やみんなの思い 25 ~ 26
- ☐ 同意署名欄 27

↑
バインダー式で必要なページを追加できます。
追加した項目に ☒ を付けておくと便利です。

在宅医療・介護連携手帳 の使い方について

◎この手帳は、ご本人の医療情報や介護情報、病状について記録する在宅カルテです。

◎かかりつけ医、ケアマネジャー、看護師、各サービス事業所など多職種の関係者と情報共有することで、今後の在宅医療の工夫に役立てたり、ご本人の変化に早期に気づくことで、症状の悪化を防ぐことも可能になります。

◎現在の症状を適時記録しておくことで、今後、病院に入院になった場合や、施設に入所した場合も、このシートを提示することで、すぐにこれまでの様子をご理解いただけたと思います。

◎シートが足りなくなった場合は、札幌市医師会のホームページからダウンロードすることも可能です。

◎付属品に名刺入れとジップ付きポケットがありますので、ご活用ください。

ジップ付きポケットに
次のものを入れておくと
医療や介護状況を伝えるときに便利です。

- ☐ 医療保険証
- ☐ 介護保険証
- ☐ 障がい者手帳
- ☐ お薬手帳 ぜひ保管
ください
- ☐ 診察券
- ☐ 非常用のお薬
- ☐ 検査結果

入れたものを忘れないように
☑を付けておきましょう。

わたしのプロフィール

個人情報

(ふりがな) 氏 名			
性 別	男性 ・ 女性		
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月 日

連絡先

住 所	〒		
電話番号	自宅		
	携帯		
F A X			

身体情報①

血液型	A型・B型・O型・AB型		
	☐ RH(+) ☐ RH(-)		
身 長	cm	(年 月)	
体 重	kg	(年 月)	
	kg	(年 月)	
	kg	(年 月)	

わたしのプロフィール

身体情報②

アレルギー	☐ あり ☐ なし
	薬 
	食 物 
	その他 
特記事項	

家族構成

連絡先①	氏名(続柄)	()
	同居 ☐ している ☐ していない	電話
	住所	
連絡先②	氏名(続柄)	()
	同居 ☐ している ☐ していない	電話
	住所	
連絡先③	氏名(続柄)	()
	同居 ☐ している ☐ していない	電話
	住所	

わたしの病気

治療中

病 名 (何歳頃から)	(歳頃から)
医療機関名 診 療 科	科
医 師 名	
電話・FAX	☎ FAX
現在の状況	☐ 通 院 (頻度:) ☐ 訪 問 (頻度:) ☐ その他 ()
薬 の 処 方	☐ あり ☐ なし

病 名 (何歳頃から)	(歳頃から)
医療機関名 診 療 科	科
医 師 名	
電話・FAX	☎ FAX
現在の状況	☐ 通 院 (頻度:) ☐ 訪 問 (頻度:) ☐ その他 ()
薬 の 処 方	☐ あり ☐ なし

わたしの病気

治療中

病 名 (何歳頃から)	(歳頃から)
医療機関名 診 療 科	科
医 師 名	
電話・FAX	☎ FAX
現在の状況	☐ 通 院 (頻度:) ☐ 訪 問 (頻度:) ☐ その他 ()
薬 の 処 方	☐ あり ☐ なし

病 名 (何歳頃から)	(歳頃から)
医療機関名 診 療 科	科
医 師 名	
電話・FAX	☎ FAX
現在の状況	☐ 通 院 (頻度:) ☐ 訪 問 (頻度:) ☐ その他 ()
薬 の 処 方	☐ あり ☐ なし

わたしの病気

過去の病歴

病 名 (何 歳 頃)	(歳頃)
医療機関名 診 療 科	科
医 師 名	
電話・FAX	☎ FAX
病気の経過	☐ 治癒 ☐ その他()
特 記 事 項	

病 名 (何 歳 頃)	(歳頃)
医療機関名 診 療 科	科
医 師 名	
電話・FAX	☎ FAX
病気の経過	☐ 治癒 ☐ その他()
特 記 事 項	

わたしの病気

過去の病歴

病 名 (何 歳 頃)	(歳頃)
医療機関名 診 療 科	科
医 師 名	
電話・FAX	☎ FAX
病気の経過	☐ 治癒 ☐ その他()
特 記 事 項	

病 名 (何 歳 頃)	(歳頃)
医療機関名 診 療 科	科
医 師 名	
電話・FAX	☎ FAX
病気の経過	☐ 治癒 ☐ その他()
特 記 事 項	



介護支援専門員

ケアマネジャー

利用開始日	年 月 日
事業所名	
担当者名	
電話番号	
F A X	

利用開始日	年 月 日
事業所名	
担当者名	
電話番号	
F A X	

利用開始日	年 月 日
事業所名	
担当者名	
電話番号	
F A X	



かかりつけ在宅医

利用開始日	年 月 日
医療機関名	
医師名	
電話番号	
F A X	
利用状況	*曜日・時間等

利用開始日	年 月 日
医療機関名	
医師名	
電話番号	
F A X	
利用状況	*曜日・時間等

利用開始日	年 月 日
医療機関名	
医師名	
電話番号	
F A X	
利用状況	*曜日・時間等



訪問看護ステーション

利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況	*曜日・時間等		

利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況	*曜日・時間等		

利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況	*曜日・時間等		



訪問看護ステーション

利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況	*曜日・時間等		

利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況	*曜日・時間等		

利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況	*曜日・時間等		



かかりつけ薬局

薬 局 名	
電 話 番 号	
F A X	

薬 局 名	
電 話 番 号	
F A X	

薬 局 名	
電 話 番 号	
F A X	

薬 局 名	
電 話 番 号	
F A X	

お願い

この手帳のポケットに
お薬手帳を保管しておきましょう



かかりつけ歯科医

歯科医院名	
歯科医師名	
電 話 番 号	
F A X	

歯科医院名	
歯科医師名	
電 話 番 号	
F A X	

歯科医院名	
歯科医師名	
電 話 番 号	
F A X	

入れ歯

☐あり
☐なし

介護情報



※ケアマネジャーの方がご記入ください

介護認定				
期 間			介護認定区分	
～	年	月 日	[要支援] 1・2 [要介護] 1・2・3・4・5	
～	年	月 日	[要支援] 1・2 [要介護] 1・2・3・4・5	
～	年	月 日	[要支援] 1・2 [要介護] 1・2・3・4・5	
～	年	月 日	[要支援] 1・2 [要介護] 1・2・3・4・5	

認知症高齢者の日常生活自立度				
期 間			区分	
～	年	月 日	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	
～	年	月 日	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	

障がい高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）				
期 間			区分	
～	年	月 日	自立・J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2	
～	年	月 日	自立・J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2	

栄養情報



※医師・歯科医師・S T・栄養士の方がご記入ください

食事で気を付けていること、知ってほしいこと		
栄 養 士	所 属	
	栄養士名	
言語聴覚士	所 属	
	言語聴覚士名	
食 事 形 態		
補 助 食 品		
食 事 制 限		
禁 止 食 品		
食 事 介 助 ☐ 自 立 ☐ 一部介助（ ） ☐ 全 介 助（ ）		
食 具 ☐ はし ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ その他（ ）		
好きな食べ物		
苦手な食べ物		

特記事項	年月日	記載者

利用しているサービス情報



※ケアマネジャーの方がご記入ください

☐ ヘルパー ☐ ショートステイ ☐ 配食サービス		☐ デイサービス ☐ 訪問サービス ☐ その他 ()	
利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況 (曜日・時間等)			

☐ ヘルパー ☐ ショートステイ ☐ 配食サービス		☐ デイサービス ☐ 訪問サービス ☐ その他 ()	
利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況 (曜日・時間等)			

利用しているサービス情報



※ケアマネジャーの方がご記入ください

☐ ヘルパー ☐ ショートステイ ☐ 配食サービス		☐ デイサービス ☐ 訪問サービス ☐ その他 ()	
利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況 (曜日・時間等)			

☐ ヘルパー ☐ ショートステイ ☐ 配食サービス		☐ デイサービス ☐ 訪問サービス ☐ その他 ()	
利用開始日	年 月 日		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
利用状況 (曜日・時間等)			

必要なケア

医療処置



※医師・看護師の方がご記入ください

記 載 年月日	医療機器・ケア内容	記載者
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

必要なケア

リハビリ



※ PT・OT・ST の方がご記入ください

記 載 年月日	リハビリの内容	記載者
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		



情報共有シート



年月日	連絡事項・メモ	職種	記入者名
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			



情報共有シート



年月日	連絡事項・メモ	職種	記入者名
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			

わたしの想い

(例) 楽しかった思い出や嬉しいと思うこと、伝えたいことなど

記載日： 年 月 日 ご本人以外の代筆者



記載日： 年 月 日 ご本人以外の代筆者



記載日： 年 月 日 ご本人以外の代筆者



わたしの想い

(例) 楽しかった思い出や嬉しいと思うこと、伝えたいことなど

記載日： 年 月 日 ご本人以外の代筆者



記載日： 年 月 日 ご本人以外の代筆者



記載日： 年 月 日 ご本人以外の代筆者



家族やみんなの想い

(例) 楽しかった思い出や、ご本人へ伝えたいことなど

記載日： 年 月 日 記載者



記載日： 年 月 日 記載者



記載日： 年 月 日 記載者



家族やみんなの想い

(例) 楽しかった思い出や、ご本人へ伝えたいことなど

記載日： 年 月 日 記載者



記載日： 年 月 日 記載者



記載日： 年 月 日 記載者



在宅医療・介護・認知症 サポートセンター

住み慣れた地域で安心して生活できる環境づくりをお手伝いします。

本連携シートを
多職種間の情報共有に使用することを同意します。

患者氏名

同意者氏名

同意日 令和 年 月 日

- ① 認知症医療に関する相談
- ② 在宅医療に関する紹介・相談
- ③ 多職種連携の推進



在宅医療・介護・認知症サポートセンター



フリーダイヤル

いっしょに やろうよ

0120-142-864

受付時間

午前10時～午後5時(月～金)

(祝日・年末年始を除く)

※保健師・看護師が対応いたします

一般社団法人 札幌市医師会

札幌市中央区大通西 19 丁目

☎ 011 (611) 4181 (代表)

<http://www.spmed.jp>



さっぽろ市
01-F03-20-1767
R2-1-150