



わたしの手帳

「わたしの手帳」の使い方

この手帳は、「あなた」が中心となり、あなたの名前や連絡先、通っている病院、使っているサービスなどの情報を、あなたやあなたの御家族、医療・介護に携わる方などで共有することで、安心して支援を受けられるようにと作られました。

空欄にあなた自身のこと、これからの希望などを書き込んでください。

あなた自身で記入できない時は、ご家族などに記入してもらっても構いません。書き方に迷った時は、支援するスタッフにご相談ください。

記入のあとは、お持ちの「お薬手帳」や「血圧手帳」などと一緒に保管または持ち歩き、必要に応じて各関係スタッフにお見せください。

あなたの情報が一目でわかる「わたしの手帳」、さまざまな支援を安心して受けられるようにどうぞご活用ください。

この手帳は記入する欄が足りなくなったら、ページを追加することができます。御希望の場合は配布元におたずねください。

同意書

この手帳に記載されているわたしの情報を、わたしをサポートしてくれる信頼できる方々と共有することに同意します。

この手帳は、わたし・家族が責任を持って保管するとともに、紛失時の責任は保管者にあることを理解した上で、この手帳の活用に同意いたします。

年 月 日

わたし

家 族
(介護者)

(続柄)

もくじ

- 1 わたしの「プロフィール」
- 2 わたしが今までかかった「病気やけが」
- 3 わたしの「医療と介護」
- 4 わたしの「体調管理」
- 5 わたしが「今、気になっていること」
- 6 わたしの「生活サポートチェック」
- 7 わたしの「望む暮らし」
- 8 わたしと「つながる人のページ」
- 9 わたしの「住んでいる地域の情報」
- 10 参考資料：「日常生活で何かお気づきのことはありますか」



「お茶」のページは、メモを書いたり、好きな写真を貼るなどご自由にお使いください。

1. わたしの「プロフィール」

(記入は必須ではありません)

フリガナ	
名前	
性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	

○緊急時に連絡する人

	名前	続柄	電話番号 (携帯・自宅・職場等)
1			
2			
3			

1. わたしの「プロフィール」

○成年後見制度を利用している場合

1

名前	電話番号
後見 ・ 保佐 ・ 補助	

2. わたしが今までかかった「病気やけが」

○アレルギーの有無 （ あり・なし ）

食 品	
薬 品	
その他	

○常に飲んでいるサプリメントや健康食品

--

○病気やけが

年齢	病気・けがの名前	治療の経過
(記入例) 50 歳頃	高血圧	治った <u>治療中</u> 中断
歳頃		治った・治療中・中断

3. わたしの「医療と介護」①

○かかりつけ医

医療機関名(医師名等)	電話番号
..... (医師名)	
..... (医師名)	
..... (医師名)	

○かかりつけ歯科医

歯科医療機関名	電話番号

○かかりつけ薬局

薬局名	電話番号

*この手帳はお薬手帳といっしょに保管すると便利です。

3. わたしの「医療と介護」②

○担当の地域包括支援センター

地域包括支援センター名	電話番号

○担当ケアマネジャーの事業所

記入日	事業所名	電話番号
	(担当者ケアマネジャー)	

○わたしが利用しているサービス

サービスの種類	(上段) 事業所名 (下段) 利用日、時間	電話番号
例) 訪問看護	○○訪問看護ステーション 毎週月曜日 10時～	04-1234-5678
	
	
	
	
	
	

サービスの種類	(上段)事業所名 (下段)利用日、時間	電話番号
	
	
	
	
	
	
	

5. わたしが「今、気になっていること」

最近気になっていること、困っている事
(例) 物をよこなくす、転びやすい、眠れない、ゴミの出し方がわからない、片付けができない・・・など

記入日	内容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

記入日	内容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

6. わたしの「生活サポートチェック」

日常生活で「手助けしてほしいこと、気をつけてほしいこと」がある場合に記入してください。

(記入例)	食事を食べること	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり	おかずはやわらかくしてほしい
	薬を適切に飲める	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり	お薬カレンダーに入れてほしい

(記入日 年 月 日)

項目	手助けしてほしいこと・気をつけてほしいこと	
食事を食べること	なし・あり	
家の中を歩く	なし・あり	
階段の昇り降り	なし・あり	
顔を洗う・歯を磨く	なし・あり	
着替えること	なし・あり	
風呂に入ること	なし・あり	
トイレでの動作	なし・あり	
排尿について	なし・あり	
排便について	なし・あり	
洗濯をする	なし・あり	
料理をする	なし・あり	
電話をかける	なし・あり	
薬を適切に飲める	なし・あり	
外出する	なし・あり	
買い物をする	なし・あり	
金銭の管理をする	なし・あり	

日常生活で「手助けしてほしいこと、気をつけてほしいこと」がある場合に記入してください。

(記入例)	食事を食べること	なし (あり)	おかずはやわらかくしてほしい
	薬を適切に飲む	なし (あり)	お薬カレンダーに入れてほしい

(記入日 年 月 日)

項目	手助けしてほしいこと・気をつけてほしいこと	
食事を食べること	なし・あり	
家の中を歩く	なし・あり	
階段の昇り降り	なし・あり	
顔を洗う・歯を磨く	なし・あり	
着替えること	なし・あり	
風呂に入ること	なし・あり	
トイレでの動作	なし・あり	
排尿について	なし・あり	
排便について	なし・あり	
洗濯をする	なし・あり	
料理をする	なし・あり	
電話をかける	なし・あり	
薬を適切に飲む	なし・あり	
外出する	なし・あり	
買い物をする	なし・あり	
金銭の管理をする	なし・あり	

7. わたしの「望む暮らし」①

(記入は必須ではありません)

わたしのこれから

- この内容は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
- 確認はあくまで記入時の希望を示します。
- **何度でも変更は可能**です。
- **法律的な意味はなく、強制力もありません。**

今後、認知症やその他の病気で、家での暮らしが難しくなった場合、

① 今まで暮らしてきた自宅での生活（家族のサポート、デイサービス、ショートステイなど必要なサービス）を	<ul style="list-style-type: none">• 希望する• 希望しない• 検討中	記入日 年 月 日
② 介護施設での生活（施設で必要なサービスを受ける）を	<ul style="list-style-type: none">• 希望する• 希望しない• 検討中	記入日 年 月 日
③ その他、どのような暮らしを望まれるかご希望について自由に記入してください		

記入日： 年 月 日

7. わたしの「望む暮らし」②

(記入は必須ではありません)

- この内容は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
- 確認はあくまで記入時の希望を示します。
- **何度でも変更は可能**です。
- **法律的な意味はなく、強制力もありません**。

今後、認知症やその他の病気で意思表示が難しくなったとき、

① 自力または介助による食事ができなくなった時の人工的な水分・栄養補給（点滴、胃ろうなど）を	<ul style="list-style-type: none">• 希望する• 希望しない• 検討中	記入日 年 月 日
② 死が間近に迫った際の、生命維持としての人工呼吸、心臓マッサージを	<ul style="list-style-type: none">• 希望する• 希望しない• 検討中	記入日 年 月 日

ご自分で意思表示や判断が難しくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか。（お書きいただかなくても結構です）

お名前： _____

ご関係： _____

記入日： _____ 年 月 日

名前

医療機関・事業所の
名称など

備考

記入日

9. わたしの「住んでいる地域の情報」

ここから後ろには、お住まいの地域で発行されている医療や介護サービスのパンフレットなどを綴っておきましょう。

(例) もの忘れ相談医リスト

認知症の相談窓口一覧 など





※この手帳は、「平成29年度保健所における認知症医療・介護連携体制構築事業」により作成しました。
問い合わせ先： 埼玉県狭山保健所 04-2954-6212

No.

配布元：

(電話)

担当の地域包括支援センター：

(電話)