

# 在宅療養手帳の書き方

守山市・守山野洲医師会

## **※家族が記入**

○緊急連絡先は必ず書いてください。

1. 緊急連絡先（家族用）の欄は、1の連絡先に通じなかった時、次に連絡する方を書く。
2. 緊急連絡先（医療機関用）は、かかりつけ医、または病院の主治医を書く。  
また、昼間、夜間の連絡先も書く。
3. 緊急時の治療希望は、緊急時に治療する上での参考にするので、治療希望を書く。

## **1号様式 本人・家族の状況**

### **※家族が記入**

1. 本人氏名・性別・電話番号・住所・生年月日・同居家族を書く。
2. 介護者の欄は常時介護している方の名前を書く。  
2の欄は、1の方が介護できない時に介護してくれる方を書く。
3. 代表者については、その家族の意思決定者を書く。

## 2号様式 介護保険

※家族が記入し、ケアマネが指導する

1. 介護保険証の被保険者番号を記入する。
2. 要介護認定結果を自立、支Ⅰ、支Ⅱ、介Ⅰ、介Ⅱ、介Ⅲ、介Ⅳ、介Ⅴのいずれかに○をつける。
3. 有効期間を記入する。
4. 認定審査会における意見等が付記されている場合は記入する。

《記入例》

<b>介護保険</b>	保険者番号					2	5	2	0	7	2		
	被保険者番号					1	2	3	4	5	6	7	8
<b>要介護認定</b>	介 護 度		有 効 期 間										
	自立	支Ⅰ	平成24年4月1日～平成24年9月30日 認定審査会意見等										
	支Ⅱ	介Ⅰ											
	介Ⅱ	介Ⅲ											
	介Ⅳ	介Ⅴ											
	自立	支Ⅰ	平成 年 月 日～平成 年 月 日 認定審査会意見等										
	支Ⅱ	介Ⅰ											
	介Ⅱ	介Ⅲ											
介Ⅳ	介Ⅴ												

## 指定居宅介護支援事業所

1. 介護保険サービス利用時の指定居宅介護支援事業所を記入する。
2. 連絡先は電話番号、FAX番号を記入する。
3. 担当する介護支援専門員名（ケアマネジャー）を記入する。
4. 介護支援専門員（ケアマネジャー）が担当する期間を記入する。

《記入例》

### 指定居宅介護支援事業所

<b>事業所名</b>	
○ ○ ○	TEL (077) 123-4567
	FAX (077) 123-4567
介護支援専門員（ケアマネジャー）	担 当 期 間
守 山 花 子	平成24年 4月 1日～ 平成24年 9月30日
介護支援専門員（ケアマネジャー）	担 当 期 間
	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日

### 3号様式 サービス利用状況

※家族が記入し、ケアマネジャーが指導する

1. サービスを提供している施設ごとに記入する。
2. 施設名を記入する。
3. 連絡先は電話番号、FAX番号を記入する。
4. サービス内容を記入する。
5. サービス開始年月日を記入する。
6. サービス終了年月日を記入する。

《記入例》

#### サービス利用状況

施設名	連絡先	サービス内容	開始年月日	終了年月日
A訪問看護 ステーション	TEL	訪問看護	H24. 4. 1	
	FAX			
〇〇〇	TEL	通所介護	H24. 4. 1	
	FAX			
〇〇〇	TEL	短期入所	H24. 5. 1	
	FAX			
	TEL			
	FAX			

## 関係医療機関担当医師様へのお願い

拝 啓

先生には、日頃よりお世話になり誠に有難うございます。

さて、このたび地域医療の一環として、在宅医療をより良くするため、在宅療養手帳を作成しました。

この手帳は、在宅で介護を受けておられる守山市の方々が、保健、福祉、医療サービスを円滑に利用していただくための情報を交換する事が目的です。

そこで先生には、さしつかえのない範囲で結構ですので、患者の情報（病名、投薬内容、入院時の情報等）を4号、5号、9号、10号様式に、また、歯科診療については7号様式に記入していただきたくお願いいたします。さしつかえあれば、先生のお名前と入院されておられれば、その入院時期だけでも結構です。

当方の主旨をご理解の上、ご高配の程よろしくお願い申し上げます。

敬 具

守山市・守山野洲医師会

## 4号様式 受診

**※手帳の利用者が継続して治療を受けている場合原則として主治医が記入**

1. この用紙は診療所別、または診療科別（病院等）の1枚ずつ使用して記入する。
2. 病歴があれば記入する。
3. 病名についても、連携に必要と思われる病名についてのみ簡潔に記入する。

その他：一時的な疾患に関しては経過用紙（13号様式）を利用する。

## 5号様式 入院歴

**※原則的に病院の医師が記入**

1. この手帳の利用者が入院された場合、医療機関名、診療科、担当医師名、住所、電話番号、入院期間を記入する。
2. 入院病名、入院経過サマリーは、この手帳を利用するにあたり連携に必要と思われることを簡潔にまとめ記入する。
3. 退院時の投薬内容については、9号様式に記入する。

## 6号様式 障がい状況

### ※本人・家族が記入

1. 意思伝達（コミュニケーション）の留意点は、該当する障がいの各項目を○で囲み、特記事項には、特筆すべきことがあれば記入する。
2. 手帳欄には、該当する障がいの等級および手帳の交付日を記入する。

## 7号様式 口腔

### ※歯科医師または歯科衛生士が記入

1. 滋賀県歯科医師会湖南支部の統一様式を利用する。

## 8号様式 日常生活動作スケール

### ※本人・家族が記入し、訪問看護師か主治医がチェック

1. 日常生活動作について、各項目の該当する番号に○をつける。

## 9号様式 お薬の情報

### ※主治医・薬剤師等が記入

1. 日付を記入する。
2. 処方の変更になるたびに説明を記入する。
3. 調剤の手法（一包化、粉碎、混合、分割等）を記入する。
4. 一般用医薬品の服用状況も記入する。
5. 医師名、薬剤師名等を記入する。

## 10号様式 薬歴

### ※主治医・薬剤師等が記入

1. 日付を記入する。
2. その日の処方内容を記入、または貼付する。
3. 本人の訴えを書く。

お薬について記載したことを経過用紙（13号様式）にも記入する。



# 11号様式 月間予定表

## ※ケアマネが記入

1. 実施する人が記入する。

2. 1カ月に1枚使用する。

3. 年月・日を記入する。

○ 日

8° ~ 10°  
10° ~ 12°  
12° ~ 15°  
15° ~ 17°

4. 枠内の時間区分はおおむね右のように考える。

5. ①利用予定の施設が予定日に印を押す。  
②施設入所（ショートステイなど）の場合は利用初日に印を押し、利用終了日まで矢印を引く。

6. ○印と×印によって実施と中止を確認する。



7. 各施設の印について

	各施設の印
市保健師	市保健師
医療機関（往診）	○○往診
訪問看護ステーション	訪 看
ホームヘルパー	○○ヘルパー
デイサービス	○○デイ
入浴サービス	施設入浴 訪問入浴
ショートステイ	○○SS
訪問給食	訪 給
訪問マッサージ	訪 マ
訪問服薬	訪 薬

## 12号様式 生活経過表

※家族-----かける範囲で 訪問看護師が記入

1. 実施した人が記入する。
2. 年月と曜日を記入する。
3. 食事は毎食観察する。  
3食の人は3回、2食の人は2回記入する。  
ほぼ普通に食べた                   ○  
食事がやや少ない                   △  
食事を食べていない               ×
4. 便について  
排便あれば                           ○  
排便なければ                         ×  
排便・浣腸・下痢などについてはその他のところに記入する。
5. 血圧測定値を記入する。
6. 体温測定時に体温を記入する。
7. その他の欄に症状等を記入する。

## 13号様式 経過用紙

**※かかわる者全員が記入**

1. 日付を記入する。
2. 本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等の欄は  
自由に記入する。  
家族やかかわる者が理解できるように記入する。  
処置等は図式で示してもよい。  
指示・メッセージ等は相手をはっきり記入する。
3. サインの欄は施設名と名前を記入する。