

(様式第 0 号)

健康手帳についての説明ならびに承諾・申込書

今後、多施設において、保健・福祉・医療サービスを受けることが予想されます。それに際しまして、本手帳の利用目的および記入方法等についての説明を受け、了解をいたしましたので、その実施を承諾いたします。

年 月 日

利用者氏名： _____ (男 ・ 女)

住 所 _____

生年月日 : M・T・S 年 月 日 (_____ 歳)

代理人氏名： _____ (続柄： _____)

連絡先 _____

主治医 _____

担当：事業所名 _____ 介護支援専門員

この療養手帳は、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ためのものです。

関係者以外に公表するようなことは絶対にありませんが、記入したくない、記入してもらいたくない事柄については、各担当にお気軽にお申し出ください。

守山野洲医師会

FAX ; 077-583-7525

健康手帳

ふりがな	
氏名	(男・女)
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 () 才
連絡先 電話番号	

この手帳は、患者と家族、かかりつけ医、病院、ならびに介護サービス提供者で健康情報を共有することにより、よりきめ細やかなサービスの提供をめざすものです。また、投薬内容や検査データなどの医療情報を一元管理し、緊急時の基本データとしても利用できるものです。

そして、日々の体調や血圧などの医療情報を、自身で記録することによって、病気の管理手帳としても利用できます。

介護サービスを受ける時、医療機関を受診する時、調剤薬局で投薬を受ける時などは持参して提示するようにしてください。

【この手帳を拾われた方へ】

この手帳は、健康などに関する、高度な個人情報を含みます。取得された方は、速やかに上記連絡先にご連絡いただきますようお願いいたします。

○住所

住 所	〒 (-)
-----	-------------------

○家族構成と同居家族

--

○緊急連絡先(家族用)

	氏 名	続 柄	TEL・FAX・携 帯
1			
2			
3			
4			
5			

○本人・家族の状況

介 護 者	1	住 所						
		TEL						
		昼間の連絡先	TEL					
	2	氏 名	※		年齢		続柄	
		住 所						
		TEL						
2	昼間の連絡先	TEL						
	氏 名	※		年齢		続柄		
	TEL							

※主たるものに○、副たるものに△

○ケアマネジャー（介護支援専門員）

事業所名	
	TEL () -
	FAX () -
ケアマネジャー（介護支援専門員名）	担 当 期 間
	年 月 日 ~ 年 月 日
ケアマネジャー（介護支援専門員名）	担 当 期 間
	年 月 日 ~ 年 月 日

○緊急連絡先（あらかじめ、どこに連絡するか相談しておきましょう）

か か り つ け 医	事業所名
	担当者名
	電話番号
	時間外電話番号
訪 問 看 護	事業所名
	担当者名
	電話番号
	時間外電話番号
病 院	事業所名
	担当者名
	電話番号
	時間外電話番号
	事業所名
	担当者名
	電話番号
	時間外電話番号
	事業所名
	担当者名
	電話番号
	時間外電話番号

○ 受診医療機関

医療機関名	
T E L	
医 師 名	
病 歴	
主たる病名	

○ 受診医療機関

医療機関名	
T E L	
医 師 名	
病 歴	
主たる病名	

○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
	TEL				
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・
	TEL			・	・
	FAX			・	・

○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
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .
	TEL			. .	. .
	FAX			. .	. .

連絡票

月 日		確認	
	⇒	様	

月 日		確認	
	⇒	様	

月 日		確認	
	⇒	様	

連絡票

月 日		確認	
	⇒		様

月 日		確認	
	⇒		様

月 日		確認	
	⇒		様

仕切りの紙

クリアポケット

お薬手帳を
入れて下さい

薬 歴

アレルギー歴（有・無）

食べ物

お薬の名前

副作用歴（有・無）

お薬の名前

薬の管理者：

調剤上の工夫：

注意事項！

お薬の情報

※出された薬のシートを貼り付けてもらっても結構です。
(日付けがわかるようにしておいてください。)

日付	処方薬	医師名・薬剤師名 等

お薬の情報

※出された薬のシートを貼り付けてもらっても結構です。
(日付けがわかるようにしておいてください。)

日付	処方薬	医師名・薬剤師名等

お薬の情報

※出された薬のシートを貼り付けてもらっても結構です。
(日付けがわかるようにしておいてください。)

日付	処方薬	医師名・薬剤師名 等

仕切りの紙

わたしの 未来ノート

はじめに

このノートは、あなたに「もしも」のことがあったときのために、自分の大切な思いをまとめておくものです。もし、あなたが意思表示をすることが難しくなった時、このノートがあなたの思いを伝えてくれるだけでなく、大切なご家族やご友人にとっても気持ちの支えとなってくれます。

もし、今は考えたくないと思われる方は無理に考える必要はありません。

書く時のポイント

ノートを書くときは、ご家族や、ご友人などの大切な人達と話し合いながら記入しましょう。

自分の思いを大切な人に分かっていてもらうために、家族や親しい方とも相談しながら、記入しましょう。

気持ちに変化があった時にはいつでも、何度でも書き直しましょう。

ノートの保管場所は、ご家族、ご友人に伝えておいてください。

あなたの大切な思いが書かれた大切なノートです。必要な時に見てもらえなければ、あなたの思いは届きません。ご家族や、ご友人とノートの保管場所について共有しておいて下さい。

ノートは書きやすいところから記入してください。

全て書き上げる必要はありません。

書きやすい所から書き始めてみましょう

よければ、医療／介護スタッフにもみてもらってください。

あなたの思いを知っておいてもらいましょう。



趣味や、好きなこと、好きな食べ物

生きがい、譲れないもの

大切にしたいこと（いくつでもチェックしてください）

- 家族や友人と十分に時間を過ごせること
- 納得いくまで十分な治療を受けること
- 大切な人に伝えたいことを伝えること
- 先々に起こることを詳しく知っておくこと
- 生きていることに価値を感じられること
- 痛みや苦しみが少なく過ごすこと
- 楽しみなことがあること
- 身の回りのことができること
- 周りに弱った姿をみせないこと
- 信仰に支えられること
- 落ち着いた環境で過ごせること
- 周りから大切にされること
- 望んだ場所で過ごせること
- 医師を信頼できること
- 人の迷惑にならないこと
- 自然に近い形で過ごすこと
- 人生を全うしたと感ずること
- 病気や死を意識せず過ごすこと
- 社会や家族で役割が果たせること

その他；自由に記載してください

「もしものとき」に備えて

あなたの今の気持ちを書いてみましょう。気持ちが変わった時は、何度でも書き直しましょう。

(1) 人生の最終段階の理想とする姿について

将来、自分のことを決められない病気や重篤な状態になった場合の治療の目標は以下のどこに置きたいですか。当てはまる所に○印をつけてください。

内容	年 月 日	年 月 日	年 月 日
延命治療でも良いので、可能な限り長生きしたい			
食べたり排泄したりの最低限の事は自立した状態なら、病院や施設でもよいので長生きしたい。			
家族やヘルパーなどの手を借りながら自宅で自立して生活する			
今のところ迷っている			

なぜ、上記のように思いますか？

(2) 人生の最期を過ごす場所について

人生の最期は、ほとんどの人は体が弱り、自分で身のまわりのことができなくなります。そのときには家族をはじめ、医療介護などの手助けを受けながら過ごすこととなります。その時あなたは、最期をどこで迎えたいとお考えですか？ 当てはまる場所に○をつけてください。

内容	年 月 日	年 月 日	年 月 日
自宅			
病院			
施設			
今のところ迷っている			

なぜ、上記のように思いましたか？

(3) 自分の代わりに意思を伝えてくれる人

突然の病気や認知症の進行などによって、自らの意志表示ができなくなった時、自分の代わりに医師等と相談して 医療やケアの選択をしてほしい人は誰ですか。名前と続柄などを記入してください。家族でも親しい友人でも構いませんが、その代理人に、あなたの希望や思いをしっかりと伝えておきましょう。

内容	年 月 日	年 月 日	年 月 日
自分の代わりに相談してほしい人	名前 続柄	名前 続柄	名前 続柄
代理人になって欲しいと伝えましたか？	<input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> いいえ

(4) わたしが理想とする最期

「こんな最期だったらいいな」と思っているものを書いてみませんか？

(5) 私がイヤだと思う最期

「こんな最期はイヤだな」、「こんなことはしてほしくない」と、思っていることを書いてみてください。

わたしの
未来ノート

メモ;

クリアポケット

エンディングノート
などがあれば、
ここにに入れて下さい

エンディングノート
などをいれる
クリアポケット

仕切りの紙

医療、介護職の人と一緒に話し合った内容や、"おもい"を共有しましょう			
日付			
ACPの希望			
日付			
楽しみや 目標			
日付			
代理意思 推定者			
続柄			
医療処置の希望とその理由(なるべく生の発言を記載)／日付も記載			
内容(例)	本人	家族	
心肺停止時の 蘇生処置 1			
2			
呼吸不全時の 人工呼吸器 1			
2			
食べられなくな った時； 胃瘻、中心静 脈・末梢点滴			
維持透析			
その他			

ID	氏名			年齢	
日付	記載者	本人／ 家族／ 医療者		想い・病状理解・不安なこと・大切にしていること・今後したいこと・望む療養場所、どのような最期を理想と考えているかなど自由記載。医療者は病状説明の内容なども記載	

ID				氏名		年齢	
日付	記載者	本人／ 家族／ 医療者		想い・病状理解・不安なこと・大切にしていること・今後したいこと・望む療養場所、どのような最期を理想と考えているかなど自由記載。医療者は病状説明の内容なども記載			

ID				氏名		年齢	
日付	記載者	本人／ 家族／ 医療者		想い・病状理解・不安なこと・大切にしていること・今後したいこと・望む療養場所、どのような最期を理想と考えているかなど自由記載。医療者は病状説明の内容なども記載			

ID				氏名		年齢	
日付	記載者	本人／ 家族／ 医療者		想い・病状理解・不安なこと・大切にしていること・今後したいこと・望む療養場所、どのような最期を理想と考えているかなど自由記載。医療者は病状説明の内容なども記載			

ID	氏名			年齢	
日付	記載者	本人／ 家族／ 医療者		想い・病状理解・不安なこと・大切にしていること・今後したいこと・望む療養場所、どのような最期を理想と考えているかなど自由記載。医療者は病状説明の内容なども記載	

ID				氏名		年齢	
日付	記載者	本人／ 家族／ 医療者		想い・病状理解・不安なこと・大切にしていること・今後したいこと・望む療養場所、どのような最期を理想と考えているかなど自由記載。医療者は病状説明の内容なども記載			

ID				氏名			年齢		
日付	記載者	本人／ 家族／ 医療者		想い・病状理解・不安なこと・大切にしていること・今後したいこと・望む療養場所、どのような最期を理想と考えているかなど自由記載。医療者は病状説明の内容なども記載					

仕切りの紙

生活経過表

年 月

日	曜日	食 事	便	血圧	体温	脈拍	体重	入浴	その他
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

生活経過表

年 月

日	曜日	食事	便	血圧	体温	脈拍	体重	入浴	その他
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

生活経過表

年 月

日	曜日	食 事	便	血 圧	体 温	脈 拍	体 重	入 浴	その他
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

生活経過表

年 月

日	曜日	食 事	便	血圧	体温	脈拍	体重	入浴	その他
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

生活経過表

年 月

日	曜日	食 事	便	血 圧	体 温	脈 拍	体 重	入 浴	その他
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

生活経過表

年 月

日	曜日	食 事	便	血圧	体温	脈拍	体重	入浴	その他
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

仕切りの紙

経過用紙

日付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

経 過 用 紙

日 付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

経過用紙

日付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		

経過用紙

日付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

経過用紙

日付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

経過用紙

日付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

経過用紙

日付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

経 過 用 紙

日 付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		

クリアポケット

