

(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	