

中部つながり手帳

(鳥取県中部地区版)

©えのきづ／マイクロマガジン社



氏名

医療機関や介護保険サービス機関などを利用する時は
この手帳をお出してください。

はじめに

この手帳は地域で安心して暮らしていくために、次の目的として使用します

(地域連携パス)

- ご本人とご家族を中心にして、医療機関・介護関係者等が情報を共有し、認知症の人への対応を効果的に行うこと
- ご家族が困った時に医師・ケアマネ・事業所などに気軽に相談し、アドバイスをもらえるようにすること

目次

はじめに・使い方	1～2
基本情報・同意書・関係機関	3～4
既往歴・治療中の病気	5～6
認知機能評価・診察記録	7
介護保険シート	8～9
メモシート	10～11
チェックシート	12
連絡票	13～16
相談機関一覧	17

こちらの書式は
ダウンロードや
取り寄せが可能です

連携図

かかりつけ医



認知症専門医



介護関係機関



調剤薬局

使い方

○ご本人・ご家族へ

- ★基本情報・同意書・関係機関をご記入ください。
- ★医療機関を利用される際には、この手帳を持参し、主治医にお見せください。
- ★ケアマネや介護関係者の方にも見せていただき、必要個所を記入してもらってください。
- ★何か認知症に関する事で困ったことや相談したいことがある時は連絡票に記載し、医師やケアマネなどに意見を求めてください。
- ★ご本人の状況で特別な出来事があった場合は、メモシートにご記入ください。
※相談や連絡事項がある場合には、該当するページにクリップを付け目印としてください。

○医療機関の方へ

- ★既往歴・治療中の病気のページの疾患名にチェックの上、留意点があればご記入ください。
- ★認知症にかかる診療内容については、認知機能評価・診察記録欄にご記入ください。
- ★診察結果や日常生活の留意点などについて、必要時連絡票をご活用ください。質問があった場合は、コメントを記入及びサインをして下さい。

○ケアマネージャー・地域包括支援センター・介護関係者の方へ

- ★介護保険シートやその他関係するページについて、ご本人ご家族と相談しながらご記入ください。
- ★ご本人の状態について、必要な場合は、連絡票を活用し医療機関や、家族等にお知らせください。質問があった場合は、コメントを記入及びサインをして下さい。

手帳版パス 2016年2月版

配布年月日 年 月 日
配布機関

--

基本情報・関係機関

ふりがな					
氏名					
(男・女)					
生年月日：大正・昭和 年 月 日					
生活状況 ☐ 自宅 電話番号					
☐ 施設 電話番号					

緊急連絡先

氏名	続柄 ()
電話番号	
氏名	続柄 ()
電話番号	

同意書

私は本手帳に記載されている個人情報を、医療機関や介護サービス事業所などへ情報提供することに同意します。

この手帳は、家族もしくは介護者で責任を持って保管すると共に、紛失時の問題や責任は保管者にあることを理解したうえで、本手帳の活用に同意いたします。

平成 年 月 日

ご本人

ご家族(介護者)

かかりつけ医

本人・家族・関係機関

医療機関名	担当医	電話番号

脳と心の専門医療機関

医療機関名	担当医	電話番号

ケアマネジャー

事業所名	担当者	電話番号

地域包括支援センター

倉吉市【倉吉中央・明倫小鴨・かもがわ・うつぶき・マグノリア】
 町 【湯梨浜・琴浦・北栄・三朝】
 担当者 電話番号

その他事業所

事業所名	担当者	電話番号

その他身近な支援者（民生委員等）

名前	連絡先
名前	連絡先

既往歴・治療中の病気

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 高血圧 | ☐ 糖尿病 | ☐ 脳血管障害 |
| ☐ 脂質代謝異常 | ☐ 胃潰瘍 | ☐ COPD |
| ☐ 狭心症 | ☐ B型肝炎 | ☐ 喘息 |
| ☐ 心筋梗塞 | ☐ C型肝炎 | ☐ 便秘症 |
| ☐ 不整脈 | ☐ がん | ☐ 不眠症 |
| ☐ 前立腺肥大 | ☐ 白内障 | ☐ 緑内障 |
| ☐ 骨折 | ☐ 関節症 | ☐ 骨粗鬆症 |
| ☐ リウマチ | ☐ 湿疹 | ☐ 難聴 |

留意点



医院・病院 医師名

留意点



医院・病院

医師名

留意点



医院・病院

医師名

認知機能評価 診察記録欄

医療機関

診察・検査日

日付	HDS-R・MMSE等	医療機関	治療薬変更・その他

診断日 診断機関 診断名

		確定・疑い
--	--	-------

介護保険シート

ケアマネ・包括

介護保険認定情報

介護度	認定期間	ケアマネ
要支援 要介護	年 月 日～ 年 月 日	
サービス内容 利用頻度・事業所 通所 ☐デイサービス (月・火・水・木・金・土・日) ☐デイケア (月・火・水・木・金・土・日) ☐訪問介護 (月・火・水・木・金・土・日) ☐訪問看護 (月・火・水・木・金・土・日)		

介護度	認定期間	ケアマネ
要支援 要介護	年 月 日～ 年 月 日	
サービス内容 利用頻度・事業所 通所 ☐デイサービス (月・火・水・木・金・土・日) ☐デイケア (月・火・水・木・金・土・日) ☐訪問介護 (月・火・水・木・金・土・日) ☐訪問看護 (月・火・水・木・金・土・日)		

介護保険認定情報

介護度	認定期間	ケアマネ
要支援 要介護	年 月 日～ 年 月 日	
サービス内容 通所 □デイサービス (月・火・水・木・金・土・日) □デイケア (月・火・水・木・金・土・日) □訪問介護 (月・火・水・木・金・土・日) □訪問看護 (月・火・水・木・金・土・日)		

介護度	認定期間	ケアマネ
要支援 要介護	年 月 日～ 年 月 日	
サービス内容 通所 □デイサービス (月・火・水・木・金・土・日) □デイケア (月・火・水・木・金・土・日) □訪問介護 (月・火・水・木・金・土・日) □訪問看護 (月・火・水・木・金・土・日)		

メモシート

特別な出来事があった時に記録してください

年月日	記載者	内容

メモシート

特別な出来事があった時に記録してください

年月日	記載者	内容

チェックシート

主な介護者

確認項目		初回記載日(年 月)			年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
記憶	ここ数カ月間の悪化傾向	1. あり	2. なし	3. 不明	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	最近の出来事に対して	1. 数分前～数時間前の事も忘れる	2. 数日前の事も忘れる	3. 時々忘れる	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	過去の出来事に対して	1. 若い頃の事も 忘れている	2. 数年前の事も 忘れている	3. 時々忘れる	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
行動	自力歩行	1. 出来ない	2. 一部介助	3. 出来る	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	3. 自力歩行可能の場合 利用しているもの	1. 杖	2. シニアカー	3. 歩行器	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	外出状況	1. 外出はしない	2. 家族同行であれば	3. 単独可能	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	金銭管理	1. 出来ない・不明	2. 一部介助	3. 出来る	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	薬の内服	1. 出来ない	2. 一部介助	3. 出来る	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
食事	食事介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	1食あたりの食事量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. 過剰傾向	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	1日の水分量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. 過剰傾向	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
トイレ	排泄介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	尿・便失禁	1. あり	2. たまにあり	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	おむつ使用(紙パンツ含)	1. 常時使用	2. 夜間のみ使用	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
風呂	入浴介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	入浴拒否	1. あり	2. たまにあり	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
着脱	介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	衣服の前後間違え	1. あり	2. たまにあり	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	ボタン	1. 全介助	2. 一部介助	3. 出来る	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
その他の症状		1. 徘徊 2. 幻覚妄想 3. 夜間不眠 4. 日中傾眠 5. 興奮 6. 無関心 7. 火の不始末 8. 不潔行為 9. 異食行為 10. その他()			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()
介護者から見た印象		1. 表情が良くなり穏やかになった 2. 意欲が出てきた 3. 繰り返し言う事が減った 4. 以前と変化なし 5. 悪化した			1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

連絡票

() から () へ連絡 質問します
年 月 日

ご返答の内容 記入者：



年 月 日
内容を確認した人のサイン

() から () へ連絡 質問します
年 月 日

ご返答の内容 記入者：



年 月 日
内容を確認した人のサイン

連絡票

() から () へ連絡 質問します		
年	月	日



ご返答の内容 記入者：

年	月	日
内容を確認した人のサイン		

() から () へ連絡 質問します		
年	月	日



ご返答の内容 記入者：

年	月	日
内容を確認した人のサイン		

連絡票

() から () へ連絡 質問します
年 月 日
ご返答の内容 記入者： 
年 月 日
内容を確認した人のサイン

() から () へ連絡 質問します
年 月 日
ご返答の内容 記入者： 
年 月 日
内容を確認した人のサイン

連絡票

() から () へ連絡 質問します		
年	月	日



ご返答の内容 記入者：

年	月	日
内容を確認した人のサイン		

() から () へ連絡 質問します		
年	月	日



ご返答の内容 記入者：

年	月	日
内容を確認した人のサイン		

相談機関一覧

地域包括支援センター

市町	機関名	住所	電話番号
倉吉市	かもがわ地域包括支援センター	倉吉市関金町関金宿1115-2	0858-45-3888
	倉吉中央地域包括支援センター	倉吉市宮川町129	0858-22-6102
	うつぶき地域包括支援センター	倉吉市上井301	0858-26-6378
	明倫・小鴨地域包括支援センター	倉吉市瀬崎町2714-1	0858-23-7106
	マグノリア地域包括支援センター	倉吉市上井町1丁目2-1	0858-26-3922
三朝町	三朝町地域包括支援センター	三朝町大瀬999-2	0858-43-3519
湯梨浜町	湯梨浜町地域包括支援センター	湯梨浜町久留19-1	0858-35-5378
琴浦町	琴浦町地域包括支援センター	琴浦町徳万591-2	0858-52-1525
北栄町	北栄町地域包括支援センター	北栄町由良宿423-1	0858-37-5850

鳥取県認知症コールセンター 鳥取県若年性認知症サポートセンター (認知症の人と家族の会鳥取県支部)	米子市錦町2丁目235	0859-37-6611
---	-------------	--------------

鳥取県中部医師会	倉吉市旭田町18	0858-23-1321
----------	----------	--------------

認知症疾患医療センター	倉吉市山根43	0858-26-1015 (直通) 0858-26-1011 (倉吉病院代表)
-------------	---------	--

お問い合わせ先

制作/編集

公益社団法人鳥取県中部医師会
倉吉病院認知症疾患医療センター