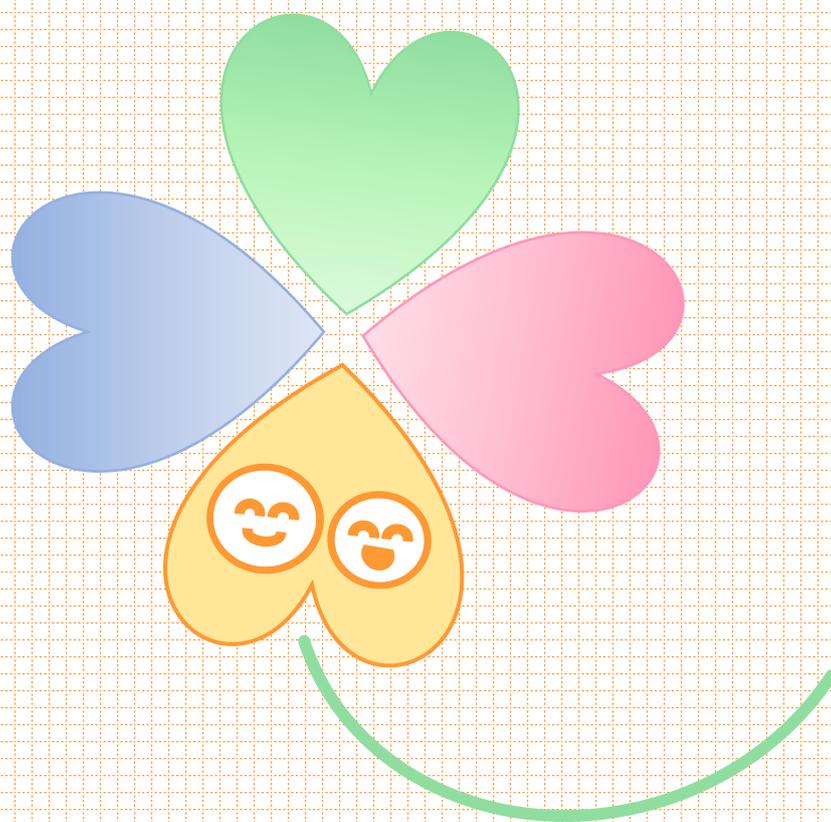


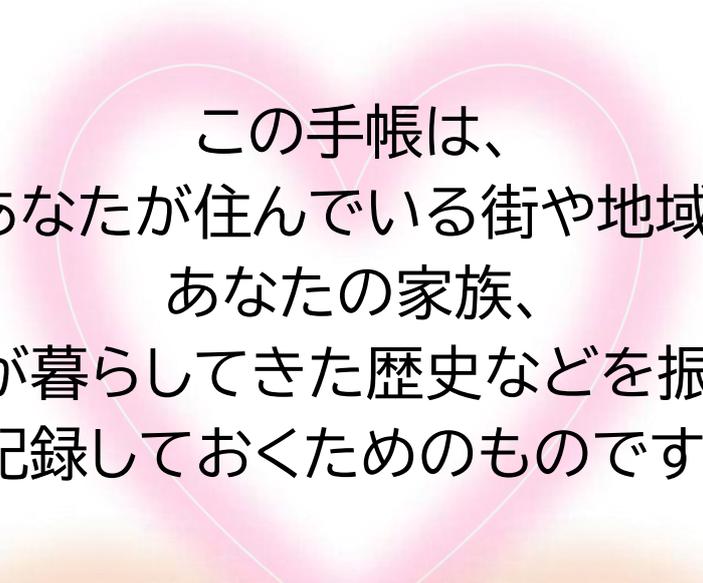


仙北市
あんしん  手帳

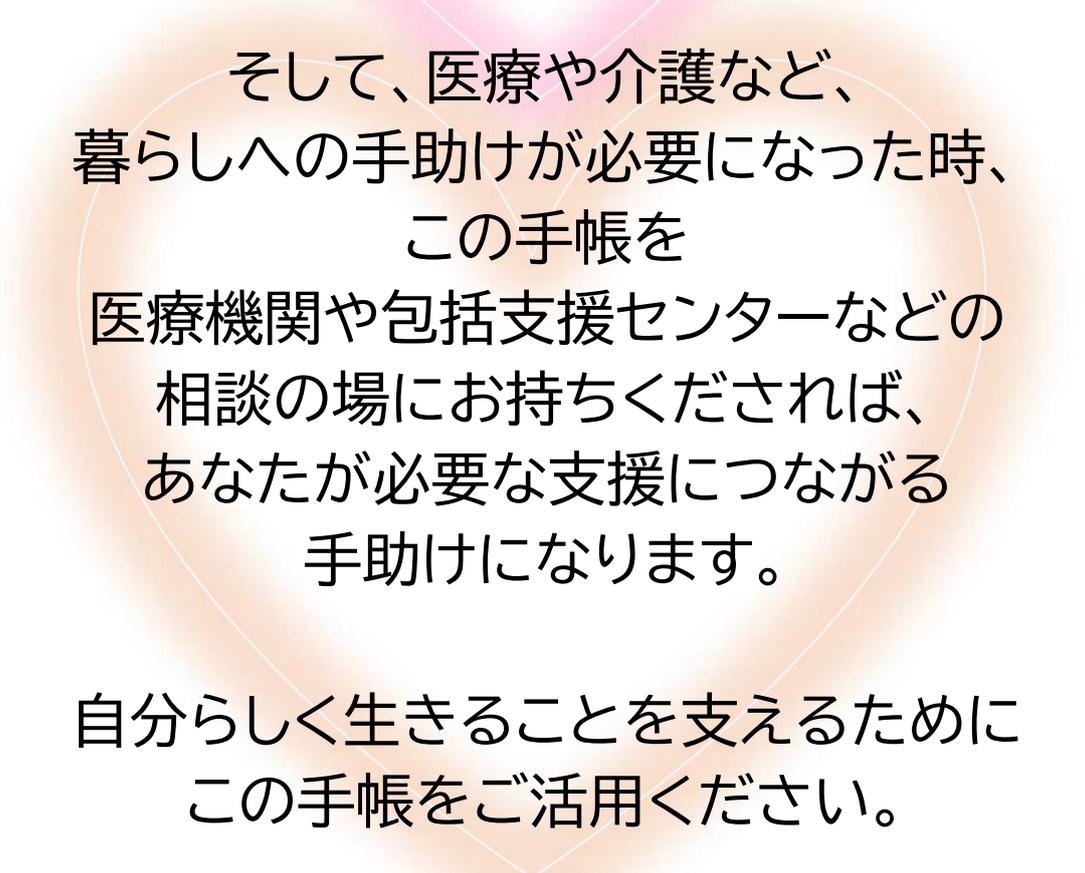


住所: _____

氏名: _____



この手帳は、
あなたが住んでいる街や地域、
あなたの家族、
あなたが暮らしてきた歴史などを振り返り、
記録しておくためのものです。



そして、医療や介護など、
暮らしへの手助けが必要になった時、
この手帳を
医療機関や包括支援センターなどの
相談の場にお持ちくだされば、
あなたが必要な支援につながる
手助けになります。

自分らしく生きることを支えるために
この手帳をご活用ください。

目 次

1.2	これまでにかかった病気・治療中の病気
3	医療機関の記録
4	医師に相談したいこと
5.6	血圧・体重の記録
7.8	予防接種の記録
9	私自身のこと①
10	私自身のこと②
11	私自身のこと③
12	私自身のこと④
13.14	生活の状況
15	介護保険の記録
16	介護サービスの状況
17	これからのこと(説明)
18	これからのこと①
19	これからのこと②
20.21	連絡票
22	同意書

◎アレルギーについて(□にチェック)

なし

あり(詳細)

いつまで	備 考 (該当するものに○をつけてください)
	入院 (特記事項 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 (平成27年5月椎間板ヘルニア手術)
	入院 (特記事項 通院 (

医療機関の記録

●わかる範囲で診療科名や担当医師名等もご記入ください。

	医療機関名	記入日
かかりつけ医		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

	歯科医療機関名	記入日
かかりつけ 歯科医		年 月 日
		年 月 日

	薬局・薬剤師名	記入日
かかりつけ 薬剤師・薬局		年 月 日
		年 月 日

医師に相談したいこと

●最近気になっていることや困っていることなど、医師に相談したいことを記入してください。(気分が落ち込んだり、不安が強くなったり、イライラしたり、疲れやすい、よく眠れない、物をよくなる、人の名前が出てこない、転びやすくなった、トイレが間に合わないなど、日常生活の中で気づいたことを記入してください。)

	内 容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

わたし自身のこと①

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

緊急時連絡先①

氏名		続柄
住所		
電話番号		

緊急時連絡先②

氏名		続柄
住所		
電話番号		

成年後見人制度

後見制度	利用している ・ 利用していない
後見人氏名	
住所	
電話番号	

わたし自身のこと②

●あなたがこれまでしてきた仕事、学生時代にやっていたスポーツなどについて、支障のない範囲でお書きください。きっと、あなたを支援する方々との話のきっかけになると思います。

■子供の頃のこと

(例:元気のいい子、山や川で遊ぶのが好き、好きな遊びは○○等)

■青春時代のこと

(例:好きな歌、仕事のこと、辛かったこと、楽しかったこと等)

わたし自身のこと③

■成人の頃のこと

(例:仕事、家族、趣味、好きな食べ物、楽しかったこと、辛かったこと等)

■その他、私のことで知っておいて欲しいこと

わたし自身のこと④

わたしの趣味や嗜好、熱心に取り組んできたことなど

飲酒 /日 喫煙 /日

わたしの日課や毎週・毎月やっていることなど

視力や聴力について

視力	問題なし・眼鏡使用・その他()
聴力	問題なし・補聴器使用・その他()
備考	

生活の状況

●1年に1回程度、ご自身や家族で確認してみましょう。

(○:自分でできる △:一部手助けが必要 ×:手助けが必要)

項 目		年 月 日	年 月 日	年 月 日
行 動	歩行ができる	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	階段の昇降	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	外出する	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	買物をする	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	金銭管理	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	薬の内服	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	家事をする	○・△・×	○・△・×	○・△・×
食 事	食事を食べる	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	むせる	○:むせる ×:むせない	○:むせる ×:むせない	○:むせる ×:むせない
	口が乾く	○:乾く ×:乾かない	○:乾く ×:乾かない	○:乾く ×:乾かない
ト イ レ	トイレ動作	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	尿・便失禁	○:なし ×:あり	○:なし ×:あり	○:なし ×:あり
	紙パンツ使用	○:なし ×:あり	○:なし ×:あり	○:なし ×:あり
入 浴	入浴する	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	着替える	○・△・×	○・△・×	○・△・×
記 憶	物忘れがある	○:ある △:時々 ×:ない	○:ある △:時々 ×:ない	○:ある △:時々 ×:ない
	電話をかける	○:できる ×:できない	○:できる ×:できない	○:できる ×:できない
	何月何日か 分からない	○:わかる ×:わからない	○:わかる ×:わからない	○:わかる ×:わからない

○：自分でできる △：一部手助けが必要 ×：手助けが必要)

項 目		年 月 日	年 月 日	年 月 日
行 動	歩行ができる	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	階段の昇降	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	外出する	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	買物をする	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	金銭管理	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	薬の内服	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	家事をする	○・△・×	○・△・×	○・△・×
食 事	食事を食べる	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	むせる	○：むせる ×：むせない	○：むせる ×：むせない	○：むせる ×：むせない
	口が乾く	○：乾く ×：乾かない	○：乾く ×：乾かない	○：乾く ×：乾かない
ト イ レ	トイレ動作	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	尿・便失禁	○：なし ×：あり	○：なし ×：あり	○：なし ×：あり
	紙パンツ使用	○：なし ×：あり	○：なし ×：あり	○：なし ×：あり
入 浴	入浴する	○・△・×	○・△・×	○・△・×
	着替える	○・△・×	○・△・×	○・△・×
記 憶	物忘れがある	○：ある △：時々 ×：ない	○：ある △：時々 ×：ない	○：ある △：時々 ×：ない
	電話をかける	○：できる ×：できない	○：できる ×：できない	○：できる ×：できない
	何月何日か 分からない	○：わかる ×：わからない	○：わかる ×：わからない	○：わかる ×：わからない

介護保険の記録

このページは、本人・家族・ケアマネージャー等が記入してください。

記入日	要介護認定	担当ケアマネージャー
年 月 日	要介護() 要支援() 事業対象者	氏名 事業所名
年 月 日	要介護() 要支援() 事業対象者	氏名 事業所名
年 月 日	要介護() 要支援() 事業対象者	氏名 事業所名
年 月 日	要介護() 要支援() 事業対象者	氏名 事業所名
年 月 日	要介護() 要支援() 事業対象者	氏名 事業所名

これからのこと(説明)

◆人生の最終段階における医療の例です。このような医療を希望するか、希望しないか、事前に考えておくことが大切です。

(心肺蘇生)

心臓が止まった時に、胸を強く圧迫して行う心臓マッサージや、呼吸が止まった時には、マスクを使って肺に空気を送り込みます。



(気管挿管・人工呼吸器)

呼吸が弱いときに、口や鼻からチューブを入れて、人工呼吸器で肺に酸素を送り込みます。その後回復しない場合、のどに穴をあけて、気管に直接、人工呼吸器をつなぎます。



(胃ろう・経鼻胃管)

飲み込む力が弱くなった時の栄養補給方法です。胃ろうは、お腹に穴をあけて胃までチューブを通し、流動食を注入する方法です。経鼻胃管は鼻から胃までチューブを通し、流動食を注入する方法です。



(中心静脈栄養)

点滴が長期間必要な場合の栄養補給方法です。首などの心臓に近い太い血管に管(カテーテル)を植え込み、水分や栄養剤などを注入します。

積極的な治療を行わず、痛みや苦しみを軽減したい場合

人生の最終段階を迎えると、人は身体的な痛み、心理的な落ち込み等を感じることがあります。その様な身体的・心理的な苦痛を和らげ、予防するのが緩和ケアです。緩和ケアについては、各医療機関にお問い合わせください。

これからのこと①

◆あなたが希望する医療等について、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。

【記入日】

年 月 日

●あなたの気持ちはどれに近いですか？

- できるだけ延命治療をしてほしい
- 延命よりも、痛みや苦しみを取り除く医療をしてほしい
- 回復の見込みがなければ延命治療はしないでほしい

●延命治療を望む場合、あなたはどのような治療を希望しますか？

心肺蘇生	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> わからない
気管挿管・ 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> わからない
胃ろう・ 経鼻胃管	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> わからない
中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> わからない

※詳細については、P17

♡連絡票

このページは本人を含めどなたでも記入できます。

()から()に質問・連絡です。

質問・連絡

年 月 日

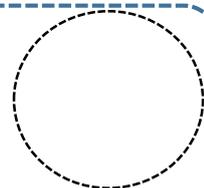
所属() 氏名()

回答

年 月 日

所属() 氏名()

確認者サイン



♡連絡票

このページは本人を含めどなたでも記入できます。

()から()に質問・連絡です。

質問・連絡

年 月 日

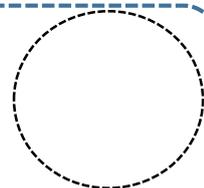
所属() 氏名()

回答

年 月 日

所属() 氏名()

確認者サイン



同意書

私は本手帳に記入されている個人情報、私の医療や介護に関係者が活用することについて同意します。

手帳は、本人・家族等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、本手帳の活用に同意します。

年 月 日

ご本人

ご家族

(介護者)

(続柄)