

介護連絡手帳



この手帳には
が含まれています。

お名前

岐阜市

はじめに

この手帳は、検査や症状の経過、服薬状況、受診予定、介護サービス等の情報を、ご本人やご家族、かかりつけ医、専門医療機関、介護支援専門員(ケアマネジャー)、地域包括支援センター、介護サービス機関等で共有し、連携を取りながら、円滑な治療や介護を行うための「介護連絡手帳」です。

ご本人及びご家族の方は、この手帳を常に携帯しながら、医療機関の受診・介護サービス機関等の利用を行っていただきますようお願いいたします。

この手帳は次のような内容になっています。

- ①「基本」 地域連携同意書
かかりつけ医や介護サービス事業所間での情報交換についての同意書です。
- ②「かかりつけ医・介護サービス事業所等の連絡先」
- ③「わたしのプロフィール」
ご本人の状況、緊急連絡先等です。
- ④「介護サービス事業者記入欄」
介護サービスを提供する時の方針等について記入します。
- ⑤「サービスカレンダー(週間)」
ご利用内容について、時間単位で記入します。
- ⑥「連絡欄」
ご本人及びご家族とかかりつけ医、または介護サービス事業所等、ご本人の生活を支える方々の連絡欄としてご利用ください。
- ⑦「介護」を支えるためのサービス等

①「基本」

地域連携同意書

かかりつけ医、各介護サービス事業所等での必要な情報交換(情報提供)に同意します。

平成 年 月 日

ご本人

ご家族 (続柄)

(TEL - -)

②「かかりつけ医・介護サービス事業所等の連絡先」

かかりつけ医

医療機関名	連絡先	主治医
	TEL	
	TEL	
	TEL	

専門医療機関

医療機関名	連絡先	主治医
	TEL	
	TEL	
	TEL	

介護支援専門員(ケアマネジャー)

事業所名	連絡先	担当者
	TEL	
	TEL	
	TEL	

岐阜市地域包括支援センター

地域包括支援センター名	連絡先	担当者
	TEL	
	TEL	

介護サービス事業所

事業所名等	連絡先	担当者
利用しているサービス		
事業所名	TEL	
利用しているサービス		
事業所名	TEL	
利用しているサービス		
事業所名	TEL	
利用しているサービス		
事業所名	TEL	
利用しているサービス		
事業所名	TEL	

③ 「わたしのプロフィール」

記入者 _____ 記入日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな	_____	(性別)	_____
		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)		
生活状況	自宅 : 施設 (種 別 _____)		
	(施設名称 _____)		
<<家族構成>> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居			
主となる介護者名	_____ (____ 歳)	関係	同居・別居
住 所	_____ TEL _____		
(家族構成図)			
□ ○ □ : 男性 ○ : 女性 ◎ : 本人 ■ : 死亡者 ※同居者を○で囲む			

緊急時の連絡先
(ご家族や知人、隣人の方など必ず連絡がつく電話番号)

関係	氏 名	連絡の取れる時間帯	TEL
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜可能	
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜可能	

介護保険被保険者番号 _____
 健康保険記号番号 _____
 後期高齢者医療被保険者番号 _____

要介護認定	要支援 () 要介護 ()	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	要支援 () 要介護 ()	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	要支援 () 要介護 ()	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	要支援 () 要介護 ()	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	要支援 () 要介護 ()	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
二次予防事業対象者	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

④ 「介護サービス事業者記入欄」

事業者名	
記入日	介護サービスを提供する時の方針等
年 月 日	
担当者名	
事業者名	
記入日	介護サービスを提供する時の方針等
年 月 日	
担当者名	
事業者名	
記入日	介護サービスを提供する時の方針等
年 月 日	
担当者名	

⑤ 「サービスカレンダー（週間）」

	月	火	水	木	金	土	日
6時							
12時							
18時							

⑥ 「連絡欄」

医療機関・介護サービス事業所名（ ）	
記入日 年 月 日 主治医・担当者名	ご本人の状況 血圧 / mmHg 脈拍 回/分 体温 ℃
医療機関・介護サービス事業所名（ ）	
記入日 年 月 日 主治医・担当者名	ご本人の状況 血圧 / mmHg 脈拍 回/分 体温 ℃
医療機関・介護サービス事業所名（ ）	
記入日 年 月 日 主治医・担当者名	ご本人の状況 血圧 / mmHg 脈拍 回/分 体温 ℃
医療機関・介護サービス事業所名（ ）	
記入日 年 月 日 主治医・担当者名	ご本人の状況 血圧 / mmHg 脈拍 回/分 体温 ℃
医療機関・介護サービス事業所名（ ）	
記入日 年 月 日 主治医・担当者名	ご本人の状況 血圧 / mmHg 脈拍 回/分 体温 ℃

⑦ 「介護」を支えるためのサービス等

1 “気になり始めた時期”

に利用できるサービス

最近、からだの調子が悪い→どうしたらいいかな？
お隣の人が心配→どこへ相談したらいいのだろうか？

介護予防・悪化予防
安否確認・見守り
配食サービス
生活支援
医療
仕事・役割
家族支援

2 “日常生活での手助けが必要になった時”

に利用できるサービス

自分一人では、うまくできない
事が増えてきたな…
誰かの手助けがあるといいな…

介護予防・悪化予防
安否確認・見守り
配食サービス
生活支援
医療
仕事・役割
家族支援

3 “常に手助けが必要になった時”

に利用できるサービス

毎日の生活で誰かの手助けが必要
家族も介護で疲れてきているし…
認知症も心配

介護予防・悪化予防
安否確認・見守り
配食サービス
生活支援
医療
仕事・役割
家族支援



岐阜市役所 介護保険課
〒500-8701
岐阜市今沢町18番地
電話(058)265-4141(代)

岐阜市「介護連絡手帳」別冊
「ふれあい手帳」

オレンジ手帳

_____ 様の
地域連携パス
開始日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

みんなが安心して
住めるまち“ぎふ”



岐阜市

この手帳は、
編集：公益社団法人 日本精神科病院協会、
発行：一般社団法人 JAPH ネットワーク
が作成している「オレンジ手帳」を基本としており、両者の了解を得たうえで使用
しています。

医療機関を受診する時、介護保険サービス機関等を
利用する時は、必ずこの手帳をお出してください。

この手帳は

患者さんとご家族の安心感を高め、患者さんが住み慣れた地域で
自分らしく充実した生活を続けていただくために作られました。

症状の経過、服薬状況、受診予定などの情報を、かかりつけ医、
専門医療機関、ケアマネジャー、地域包括支援センター、介護保険
サービス機関、訪問看護ステーション等で共有し、連携をとりながら
円滑な治療や介護を行うための「地域連携パス」です。

ご本人及びご家族の方は、医療機関の受診、介護保険サービス機関
等の利用時にはこの手帳を常に携帯していただきますようお願いいた
します。

このオレンジ手帳は次のような内容になっています。

- ①「地域連携同意書」
- ②「問診票」
- ③「認知症進行度チェック表解説」
- ④「認知症進行度チェック表」
- ⑤「現在の状況（合併症含む）と治療薬」

① 地域連携同意書

地域連携同意書

かかりつけ医、各介護サービス事業所等での必要な情報
交換（情報提供）、パスの適応に同意します。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご本人 _____

ご家族 _____（続柄） _____

（電話番号） _____

