

【在宅療養手帳 記入要領】

1号用紙

- 本人の住所、氏名、年齢、生年月日と同居家族の構成を書きます。
- 介護者（１）の欄は、主に介護している方のお名前を記入します。
- 介護者（２）の欄は、（１）の方が介護できない時に介護して下さる方の名前を記入します。
- 代表者については、その家族の意思決定者の名前を記入します。

本人氏名	きょうと たろう 京 都 太 郎		男	TEL XXX-XXXX	
			女	FAX XXX-XXXX	
住 所	〇〇市〇〇町１丁目１番				
生年月日	明(大)・昭・平 西暦	12 年 12 月 12 日			
同居家族	京都 京子(妻) 京都 一郎(長男)				

介 護 者	1	住所	〇〇市〇〇町１丁目１番 TEL XXX-XXXX				
		居間の連絡先	自宅 TEL XXX-XXXX				
	2	氏名	〇 京都 京子	年齢	75	続柄	妻
		住所	△△市〇〇町１番地 TEL XXX-XXXX				
2	居間の連絡先	自宅 TEL XXX-XXXX					
	氏名	△ 京都 花子	年齢	53	続柄	長女	

※主たるものに○、副たるものに△

代表者 (続柄)	住所	〇〇市〇〇町１丁目１番			
	氏名	京都 一郎(長男)	TEL FAX	自宅 XXX-XXXX	

記入日：平成21年7月1日 記入者：京都 京子

介1用紙

- 介護保険証の保険者番号及び被保険者番号を記入します。
- 要介護認定結果を自立、支、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴのいずれかに○をつけます。
- 有効期間を記入します。
- 認定審査会における意見等が付記されている場合は記入します。

介護保険	保 険 者 番 号		2	6	X	X	X	X
	被 保 険 者 番 号		X	X	X	X	X	X
要介護認定	介護度	有効期間						
	自立	21年7月1日～22年6月30日						
	支	Ⅰ	認定審査会意見等					
	Ⅱ	Ⅲ						
	Ⅳ	Ⅴ						
	自立	年 月 日～年 月 日						
	支	Ⅰ	認定審査会意見等					
	Ⅱ	Ⅲ						
	Ⅳ	Ⅴ						
	自立	年 月 日～年 月 日						
支	Ⅰ	認定審査会意見等						
Ⅱ	Ⅲ							
Ⅳ	Ⅴ							

介2用紙

1. 介護保険サービス利用時の指定居宅介護支援事業所名を記入します。
2. 連絡先は電話番号、FAX番号を記入します。
3. 担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）を記入します。
4. 介護支援専門員（ケアマネジャー）が担当する期間を記入します。

指定居宅介護支援事業所	
事業所名	TEL () XXX - XXXX FAX () XXX - XXXX
〇〇居宅介護支援事業所	
介護支援専門員（ケアマネジャー）	担当期間 平成21年7月1日～ 平成 年 月 日
〇山 〇子	
介護支援専門員（ケアマネジャー）	担当期間 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
介護支援専門員（ケアマネジャー）	担当期間 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
事業所名	TEL () - FAX () -
介護支援専門員（ケアマネジャー）	担当期間

2号用紙

サービスを提供している施設、機関、事業所ごとに記入します。

- ① 施設、機関、事業所などの名称を記入します。
- ② 連絡先は電話番号、FAX番号を記入します。
- ③ 利用されたサービス内容（デイサービス、訪問介護等）を記入します。
- ④ サービス開始年月日を記入します。
- ⑤ サービス終了年月日を記入します。

サービス利用状況				
機関名	連絡先	サービス内容	開始年月日	終了年月日
A医院	TEL XXX-XXXX	訪問看護	H21.7.1	
	FAX XXX-XXXX			
〇〇苑	TEL XXX-XXXX	通所介護	H21.7.1	
	FAX XXX-XXXX			
〇〇ホーム	TEL XXX-XXXX	短期入所	H21.7.1	
	FAX XXX-XXXX			
〇ヘルパー ステーション	TEL XXX-XXXX	訪問介護	H21.7.1	
	FAX XXX-XXXX			
	TEL			
	FAX			
	TEL			

3号用紙

☆この手帳の利用者が治療を受けている場合、この欄は原則“主治医”が記入し、連携に必要な医療機関名・医師名・病名・投薬・注意事項等を簡潔に記入します。

①定期的または臨時に医療機関に受診している場合は、通院・往診・訪診の有無の受診医療機関名・電話番号・医師名を最低記入します。

②与薬または病名は、患者さんが記入して欲しくないと思う薬・病名もあるので、あくまでも医師と患者さんの合意の上で在宅療養に必要と思われるものについて記入します。薬剤は、薬品名、または効能で記入して下さい。

(例：ノルバスク＝高血圧の薬または心臓の薬やザンタック＝胃薬など)

③この用紙は診療所別、または診療科別（同じ病院内など）に1枚ずつ記入します。

受診(1)	1. 通院 2. 往診 3. 訪診		
医療機関名	医療法人 A医院		
住 所	〇〇市〇〇〇〇〇〇		
T E L	X X X - X X X X		
医 師 名	A山 O男		
受診回数	回/週	2 回/月	
与 薬	(有) ・ 無		
	内 容 1. XXXXXX (血圧のくすり) 1錠 朝のみ 2. XXXXXXXX (狭心症のくすり) 1錠 朝夕 3. XXXXX (睡眠のくすり) 1錠 眠る前 4. XXXXX(湿布) 1枚 眠る前		
院内処方			
院外処方			
	主 たる 病 名	開始年月日	終了年月日
1	高血圧	H5年2月4日	年 月 日
2	狭心症	H6年2月4日	年 月 日
3	不眠症	H6年2月4日	年 月 日
4	腰 痛	H10年4月2日	年 月 日
5		年 月 日	年 月 日

4号用紙

☆原則的に病院の医師が記入します。

①手帳の利用者が入院された場合、医療機関名・診療科・電話番号・担当医氏名・入院機関などを最低記入します。

②入院病名はあくまでも医師と患者さんとの合意で在宅療養に必要と思われるものについて記入します。

③入院サマリーは簡潔にまとめ記入します。

④退院時の与薬内容は3号用紙の記載に沿って記入します。

入院歴 (1)	
医療機関名	京都病院 外科 ○田○男
住 所	〇〇市〇〇町55
T E L	XXX-XXXX
入院期間	12年 2月25日 ~ 12年 3月15日
入院病名	1. 急性胆のう炎 2. 限局性腹膜炎 3. 4. 5. 6. 7.
	入 院 経 過 サ マ リ ー
入院～退院 までの経過	H12.2.25 腹痛主訴に救急外来にて緊急入院。同日緊急にて全身麻酔下胆のう摘出術施行。 H12.2.28 食事開始 H12.3.1 腹部ドレナーチューブ抜去 H12.3.4 抜糸。特に問題なく経過され H12.3.15 独歩にて退院

5号-1用紙

日常生活の自立度を、J・A・B・Cとおおまかに記入するようにしました。また、障害者手帳を持っておられるかどうかについても記入することになっています。

5号-2用紙

意思伝達（コミュニケーション）の留意点

- ・あなたへの、各機関による支援がうまく進むことを目的に、記入して下さい。
- ・あなたの意思の確認を行う際に、留意しておくべき点を、印をつけて下さい。また、必要に応じて特記事項を記入して下さい。
- ・できるだけ、詳しくわかりやすい表現で記入して下さい。

障害状況			
障害名	聴覚障害		
手帳	身体	1 種 1 級	12 年 11 月 2 日
	療育	A B	年 月 日
	精神	級	年 月 日
生活自立	ランク J	何らかの障害等があるが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1 交通機関等を利用して外出する。 2 隣近所なら外出する。	
支援必要性	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。	
夜間	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドでの生活が主体である。 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 2 介助により車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。	
	ランク C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着脱において介助を要する。 1 自力で寝返りをうつ。 2 自力で寝返りをうつさない。	
期間	ランク A、B、Cに該当するものについては、いつからその状態に至ったか。 14 年 10 月頃より（継続期間 0 年 5 か月間）		

意思伝達（コミュニケーション）の留意点				
～※各項目を、○で囲うなどし、必要事項を記入してください。				
項目	有・無	手段	対応	特記事項
視覚障害	有	点字、レコーダー、拡大機	文書や必要情報の読み上げ。 丁寧な状況説明等	特記事項
聴覚障害	有	手話（筆談、読唇、口話、補助機、FAX）、Eメール	大きく口を空けゆっくりと話す。情報伝達の文書化、要約筆記者や手話通訳者の手配	口話も手話も苦手なので文字で説明して下さい。
言語障害	有	身振り（使用部位：目・口・発声・指・腕・その他）、文字盤、トーキングエイドなどの意思伝達装置	ゆっくり傾聴する（質問の統一化）、文字盤の読み上げ	基本は文字盤を使うので読んで下さいます。質問を統一化していただければ、あわせて発声します。
わかりやすい会話への配慮	有		・おずかしい言葉や漢字が苦手です。 ・わかりやすい言葉で説明して下さい。	書面にはふりがなを打って下さい。
てんかんだ	有			
アレルギー	有		・食物アレルギーがあります。ダニのはず、エビ、カニ、ソバ、キノコ	
その他				

6号用紙

精神症状の有無・幻覚・妄想等の記入とは別に、NMスケールも記入します。

精神・身体状態						
<精神症状・行動異常の有無> 1.幻覚 2.妄想 3.物忘れ 4.失見当識 5.失認 6.意識障害 7.自殺企図 8.攻撃・暴力 9.性的異常行動 10.不潔行為（弄便） 11.奇声をあげる 12.過食 13.禁食 14.乱食 15.弄火 16.虚言 17.外出・迷子 18.徘徊 19.感情障害（うつ状態・感情失調） 20.夜間の行動異常 21.その他（ ）						
・N式老年者用精神状態尺度（NMスケール）						
項目	不能	ほとんど不能	真実物不能、 ごく簡単な家事、整理も不完全	簡単な真実物も不確か。 ごく簡単な家事、整理のみ可能。	簡単な真実物は可能。 留守番、複雑な家事、整理は困難。	やや不確実だが真実物、留守番、家事などをい
家事・身の回り整理						ちおう任せ 正常

7・8号用紙

日常生活動作について、個々の作業・動作について5段階に区分し、8号用紙ではそれぞれについて援助の必要性及び援助者の有無、器具・装具について記入します。

この部分を十分に活用することによって、介護保険における訪問調査員の調査や、医師の書く意見書が、正確に本人の病態を反映するだけでなく、介護度評価の正確な判定に役立ち、また、本人・家族の介護度についての納得・了解もスムーズに行われるものと考えています。

ケアプランを作成する上でも、さらにケアプラン作成後のケアプランの評価についても有効な手法であると考えています。

日常生活動作スケール	
歩行(屋外)	1 普通 2 ゆっくりなら歩ける 3 物につかまれば歩ける 4 はたて動く 5 移動不可能
歩行(屋内)	1 普通 2 ゆっくりなら歩ける 3 物につかまれば歩ける 4 はたて動く 5 移動不可能
階段の昇降	1 普通 2 ゆっくりなら歩ける 3 物につかまれば歩ける 4 はたて動く 5 移動不可能
立 位	1 普通 2 なんとか自分で立てる 3 一部介助されて立てる 4 かなり介助されて立てる 5 全面介助
ねがえり	1 普通 2 なんとか自分でできる 3 一部介助すればできる 4 かなり介助すればできる 5 全面介助
衣服着脱	1 普通 2 できるが遅い 3 一部介助すればできる 4 かなり介助すればできる 5 全面介助
食 事	1 普通 2 ほぼ自分で食べられるが遅い 3 一部介助すればできる 4 かなり介助すればできる 5 全面介助
排泄(小便)	1 普通 2 便所に行くのが遅い 3 かなりうして自分でする(便器) 4 介助を要する 5 失禁(常時おむつ使用)
排泄(大便)	1 普通 2 便所に行くのが遅い 3 かなりうして自分でする(便器) 4 介助を要する 5 失禁(常時おむつ使用)
入 浴	1 普通 2 ほぼ自分でできるが遅い 3 一部介助すればできる 4 かなり介助すればできる 5 全面介助
視 力	1 普通 2 2mくらいであればスラスラ読めない 3 1mくらい読めていて だれかわかる程度 4 ほとんど読えない 5 まったく読えない
聴 力	1 普通 2 補聴器使用でほぼ普通に会話ができる 3 大きい声でないと会話できない 4 耳元で大きな声で言わないとわからない 5 まったく聞こえない
意思表示	1 普通 2 大体できるが不完全 3 かなりうしてできるが不完全 4 基本的な要求のみ可能 5 不能
話の了解	1 普通 2 大体できるが不完全 3 かなりうして了解 4 まれに了解 5 不能
洗 濯	1 普通 2 できるが遅い 3 一部介助すればできる 4 かなり介助すればできる 5 全面介助
買 物	1 普通 2 できるが遅い 3 一部介助すればできる 4 かなり介助すればできる 5 全面介助
炊 事	1 普通 2 できるが遅い 3 一部介助すればできる 4 かなり介助すればできる 5 全面介助
掃 除	1 普通 2 できるが遅い 3 一部介助すればできる 4 かなり介助すればできる 5 全面介助
電 話	1 普通 2 大体できるが不完全 3 かなりうしてできるが不完全 4 基本的なことのみ可能 5 不能
金銭管理	1 普通 2 大体できるが不完全 3 かなりうしてできるが不完全 4 基本的なことのみ可能 5 不能
服 薬	1 普通 2 大体できるが不完全 3 かなりうしてできるが不完全 4 基本的なことのみ可能 5 不能
整 容	1 普通 2 大体できるが不完全 3 かなりうしてできるが不完全 4 基本的なことのみ可能 5 不能

記入日: 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 記入者: 〇〇 〇〇

日常生活動作の状況と援助の必要性								
A D L ないしは I A D L	動作能力のレベル (前ページ参照)					援助 の必 要性	援助 者の 有無	装 具・器 具 等
歩行(屋外)	1	2	3	4	5			手押し車
歩行(屋内)	1	2	3	4	5			手すり
階段の昇降	1	2	3	4	5			
立 位	1	2	3	4	5			
ねがえり	1	2	3	4	5			
衣服着脱	1	2	3	4	5			
食 事	1	2	3	4	5			
排泄(小便)	1	2	3	4	5			
排泄(大便)	1	2	3	4	5			
入 浴	1	2	3	4	5			
視 力	1	2	3	4	5			
聴 力	1	2	3	4	5			
意思表示	1	2	3	4	5			
話の了解	1	2	3	4	5			
洗 濯	1	2	3	4	5			
買 物	1	2	3	4	5			
炊 事	1	2	3	4	5			
掃 除	1	2	3	4	5			
電 話	1	2	3	4	5			
金銭管理	1	2	3	4	5			
服 薬	1	2	3	4	5			
整 容	1	2	3	4	5			
備考:								
記入日: 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 記入者: 〇〇 〇〇								

歯科 1・2号用紙

歯科用紙は在宅・施設・訪看サービスにおいて、口腔疾患や口腔ケアなどについて歯科医師の指示、指導、状態の評価を的確に行うために用意されています。

- 1) 用紙の形式に従って、主訴をはじめ初診時の状態、歯牙・歯肉の状態等を正確に記入して下さい。この内容は利用者またはその家族のみならず療養を担当している保健師や看護職員にも理解できるよう専門用語や記号はできるだけ避けてください。
- 2) 口腔内のケアについての指示や指導を行う機会が多くなっています。また、摂食・嚥下訓練の相談を受けることもあります。このような場合、担当の医師・看護師・保健師・歯科衛生士とも打ち合わせを行い、口腔疾患の治療も含めてその経過については11号用紙にその都度記入をして下さい。

受 診	1. 通 院	2. 往 診
医療機関名	〇〇 歯科医院	
住 所	〇〇 町 〇〇	
氏 名	〇〇 〇〇	
初診時口腔内所見など 上顎は総入れ歯。 下顎は左右の糸切り歯が残根状態で、入れ歯を支える線（クラスプ）が残っている。 上下義歯は全体的に小さく、歯肉の変化もあり、脱落しやすい。 義歯の洗浄はおおむね良好。		
主 訴 入れ歯があわない 開始 13 年 4 月 14 日 終了 13 年 6 月 26 日		
治療部位	病名 義歯フチキ	予後 T, C. (残根状態)
処置、衛生指導、予定など ベッドからおりることはできないが、座位が短時間なら保てるため、義歯新調。（下、左右犬歯（sTs）はレンジ（樹脂）で充て物をし、総義歯とする。上顎は粘膜調整材で安定を図り、その後義歯作製する。） 残根部は歯こうが付着しやすくなるので義歯の清掃と残根部の歯みがきも十分行って下さい。		

主 訴		開始 年 月 日	終了 年 月 日
治療部位		病名	
処置、衛生指導、予定など			
主 訴		開始 年 月 日	終了 年 月 日
治療部位		病名	
処置、衛生指導、予定など			

薬 1・2号用紙

薬局の薬剤師の方に記入していただく項目を、薬局で買って飲んでいる薬(OTC)についての情報、昔から飲んでいる家庭薬についての情報等と、病医院で処方されている薬についての情報とに分け、薬局名・薬剤師名を記入します。

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。(日付がわかるようにしておいてください。) 〇〇年〇月〇日 〇〇医院 〇〇医師 処方薬 タナトリル 1錠 分1 朝食後14日分 シグマート 2錠 分2 朝夕食後14日分 レンドルミン 1錠 分1 眠前14日分 セルタッチ 1枚 眠前(湿布)14枚 市販薬 〇〇薬局で購入 〇〇胃腸服用 薬剤師: 〇〇 〇〇	薬 歴 アレルギー歴(有・無) <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">食べ物</td> <td style="width: 50%;">お薬の名前</td> </tr> <tr> <td>卵アレルギー</td> <td></td> </tr> <tr> <td>そばアレルギー</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 副作用歴(有・無) <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">お薬の名前</td> <td style="width: 50%;">バナン服用で皮疹あり</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 注意事項 ワーファリン服用中 歯科など他科受診注意 納豆は食べないでください。 薬剤師: 〇〇 〇〇	食べ物	お薬の名前	卵アレルギー		そばアレルギー								お薬の名前	バナン服用で皮疹あり						
食べ物	お薬の名前																				
卵アレルギー																					
そばアレルギー																					
お薬の名前	バナン服用で皮疹あり																				

9・10号用紙

9号用紙は利用者の月の予定及び実施結果記録になっています。

- 1) 9号用紙は例示の様にデイサービス・訪問看護・主治医訪問診療・ショートステイ・ホームヘルプ訪問日等の予定を書き込みます。
- 2) 結果の書き方は実施されたら○印、実施されなかったら×印または＝×＝中止と記入する約束事となっています。変更の場合はその都度記入し加えて行きます。
- 3) 予定表をみて関わる医師・看護師・ホームヘルプ・デイサービス・介護者・本人等が連携し活用します。

＊例えば予定がわかると、医師への質問、看護師・デイサービススタッフ・ヘルパーへの指示等が的確に伝えられる手段として使えます。また、ショートステイ等を利用する前に診察し、利用者の状況を施設に伝えたり、指示を出す等、他職種間の連携に活用ができます。

10号用紙は生活経過表になっており、利用者の身体・日常生活面の状況を記入する表になっています。

例示の様に

食事は3食の人、2食の人それぞれ○（ほぼ全量）・×（食わず）△（半分以下）
便については排便があれば○ 無ければ× 量・性状（下痢、軟便、硬い、タール便、下痢等）浣腸等特記すべき時はその他の欄または11号用紙に書きます。
血圧・体温・脈拍・体重は数値を記入します。
入浴は風呂に入ったら○、入らなかった×で表示します。

月 間 予 定 表						
平成21年7月						
日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
			○の里SS	○の里SS	○○○	○○○
			○	○	○	×
5	6	7	8	9	10	11
○の里SS	○の里SS	○の里SS	○○○		○○○	
○	○	主治医○ 訪問診療	○			
12	13	14	15	16	17	18
	○○○	○○○	○の里SS	○の里SS	○○○	
19	20	21	22	23	24	25
	○○○	○○○	○の里SS	○の里SS	○○○	

平成21年7月 生 活 経 過 表										
日	曜日	食 事	便	血圧	体温	脈拍	体重	入浴	その他	
1	水	○ ○	×	85/52	36.6	60		○	○の里SS	
2	木	○ ○	?						○の里SS	
3	金	○	○	129/76	36	59		○	○○○	
4	土	○	×	119/64	35.6	76		○		
5	日	○	×	118/46	36.7	62		×	○の里SS	
6	月	○ ○	×	123/51	35.9	60	33.2	○	○の里SS	
7	火	○ ○	○	120/50	36.2	66		○	○の里SS	
8	水	○	○		36.2	57		○	○○○	
9	木									
10	金									
11	土									
12	日									
13	月									
14	火									
15	水									
16	木									
17	金									
18	土									
19	日									

11号用紙

経過表の用紙で書き方の約束事は決めずに、本人・家族・関わる全ての人々がフリーに記入できる用紙として活用し、記入者は所属とサインを忘れずに記入します。

- 1) 本人の状態・訴えなどや家庭での様子、施設での様子、他機関へ伝えたいこと等を書きます。
- 2) 主治医の指示事項（看護職・ヘルパー・介護者・施設の寮母またはケアワーカー）も書きます。
- 3) 施設・看護職・ヘルパー等から家族や主治医への質問やお願い、指示を仰ぎたいことを書きます。
- 4) 例示のように、本人・介護者・主治医・サービス提供者間の連携と援助内容を記入することによって、次への援助につなげ活用しています。
また、施設で気付いたことや様子を書くことで、介護者の関わり・介護に役立てることができます。
- 5) 介護者の努力ややりがい、目的意識がわかることで関わる職種間の相互理解ができ、よい介護や関わり方につなげることができます。

[illegible]

24時間管理表

1. 「おむつはずし」の目標には「排尿誘導表」として使用します。定期的にトイレに誘導すれば、昼間は「おむつ」を外すことが可能な方は多いです。排尿障害があり、導尿等の排尿管理をしている場合は誘導時間、排尿量を記入します。
2. 不眠の訴えの場合や、睡眠時間の昼夜逆転の場合「睡眠記録」を行い、問題点の検討や服薬時間を決定します。
3. 呼吸管理の必要な人は「呼吸管理表」として使用します。酸素吸入・吸痰等の量を記入します。
4. その他、24時間を通じて観察を必要とする事項について、それぞれの管理表として使用し、各必要項目を記入します。

月		24時間管理表			
24時間を通じて観察を必要とする事項についての管理用として使用し、必要事項を記入する。					
日	曜日	6時	12時	18時	24時
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					