

れんけい手帳の使い方・記入方法

ケアマネジャーさまへ

○「れんけい手帳」は、ご本人や、ご家族が体調や生活状態を自己管理すると共に医療・介護の関係者等がその情報を共有することで、症状の変化に早く気づき、地域で安心して暮らしていただけるよう支援するための手帳です。

○利用者に手帳の目的を説明して頂いた上で、記入のお手伝いをお願いします。その後は、定期的に受診や服薬状況を確認してケアプラン作成にご活用ください。

○利用者には、使い方として以下の項目をご案内のうえ支援をお願いします。

- ・医療機関を受診したり、介護サービスを受ける際には必ず持参する。
- ・検査結果やケアプラン等を折って綴じこむ。
- ・保管袋にお薬手帳、保険証等を入れる。

記入方法

◎利用者、家族と確認しながらご記入ください。

基本情報		記入日 年 月 日	
氏名	性別	男・女	
生年月日	大・昭・平・西暦	年 月 日	
電話番号	〒 -		
住所			
障害者手帳等の有無	なし 種類 (身体精神療育) 等級 ()	障害内容 ()	
家族状況	氏名	続柄	同居・別居
			同居・別居
			同居・別居
			同居・別居

2

介護認定	
介護認定	認定有効期間
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日

6

病歴 (現病歴・既往歴)			
年月日	病名	経過	備考
年 月 日		治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		治療中 経過観察中 その他	

4



- ・利用者や家族が書けない箇所がありましたら一緒に記入してください。
- ・家族状況は同・別居に関らず記入してください。



- ・介護認定の有無とその有効期間を記入してください。
- ・更新・変更があれば新しい欄に記入してください。



- ・利用者や家族に確認しながらご記入ください。
- ・古いものから順に記載してください。

かかりつけ医など 記入日 年 月 日

医療機関	主治医
電話番号	受診方法など
かかっている疾病	
医療機関	主治医
電話番号	受診方法など
かかっている疾病	
医療機関	主治医
電話番号	受診方法など
かかっている疾病	
かかりつけ歯科医院	
電話番号	その他
かかりつけ薬局	
電話番号	その他
緊急時の対応など	

7

関係者連絡先

名前	連絡先	備考
三笠市地域包括支援センター (ふれあい健康センター内)	01267-3-2010	
居宅介護支援 事業所 (ケアセンター)		
医療や介護等 利用している サービス事業所		
その他必要な 連絡先		

6

日常生活の様子 記入日 年 月 日

項目	現状	備考 (必要な道具・工夫・手助けなど)
食事	自分で食べられる	食べにくい ()
着がえ	できる	困ることがある ()
洗面	できる	困ることがある ()
歯磨き	できる	困ることがある ()
トイレ(小)	できる	困ることがある ()
トイレ(大)	できる	困ることがある ()
お風呂	できる	困ることがある ()
移動	歩いて移動	歩く以外の方法で移動 ()
視力	よく見える	見えにくい ()
聴力	よく聞こえる	聞こえにくい ()
会話	できる	困ることがある ()
料理	している	していない ()
掃除	している	していない ()
洗濯	している	していない ()
買い物	している	していない ()
お金の管理	している	していない ()
家の管理	している	していない ()

13



・利用者や家族に確認しながらご記入ください。
・医療機関が変更になった場合は、新しいシートに記入してください。(記入日を忘れないようにして下さい。)



・利用者や家族に確認しながらご記入ください。



・定期的に利用者・家族に確認して記入してください。
・備考欄に書ききれない場合はメモ欄をご利用ください。

食事について

食事回数	1日(1回・2回・3回・他)
調理	本人・家族・ヘルパー・宅配(昼・夕・他)
食事内容	普通・工夫が必要(小さくほぐす・軟かくする・トロミをつける・つぶす)
アレルギー	
禁止制限されているもの	
飲み込みの問題	なし・あり(ムせる・つかえる・逆流・他)
気をつけている事	
入れ歯	なし・あり(使用している・していない)
口の中の状態	よい・悪い(痛い・乾く・不快・その他())
咀嚼	うまく噛める・よく噛めない
歯科検診	定期的に受けている・受けていない
歯磨き	自分でできる・介助が必要・していない
入れ歯の手入れ	自分でできる・家族が行う・していない
うがい	できる・できない

8

食事の記録

年月日	食事 (O/X)			年月日	食事 (O/X)		
	朝	昼	晩		朝	昼	晩
年月日				年月日			
年月日				年月日			
年月日				年月日			
年月日				年月日			
年月日				年月日			
年月日				年月日			
年月日				年月日			
年月日				年月日			
年月日				年月日			
年月日				年月日			

9

体調管理票

年月	血圧 (記入者)	体重 (記入者)	体調の変化など、備考

11



・定期的に利用者・家族に確認して記入してください。
・可能な範囲で助言をお願いします。



・利用者や家族が書けない場合は記入の支援をお願いします。
・欄がなくなったら追加してあげて下さい。



ポイント👉
新しいシートは市役所のホームページからダウンロード可能です。

同意書について

個人情報に関する同意書

私は、安心して生活を続けられるように事業の目的を理解し、医療・介護等サービス提供者間で必要な情報を共有するために、この手帳を使用することに同意します。

年 月 日

(本人)

名前 _____ 印

住所 _____

代筆 (続柄)

(家族)

名前 _____ 印

住所 _____

手帳の目的と使い方を説明して同意されましたら、同意書に利用者と家族に必要な事項を記入・押印してもらって下さい。代筆された場合は代筆者の欄もご記入下さい。

表紙に対象者本人の名前と住所を記載してください。

