

れんけい手帳の使い方・記入方法

医療関係者(病院・診療所、歯科医院、薬局)の皆様

○「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けるよう支援するための手帳です。

○病名や口腔機能、薬の情報について、ご確認いただき必要に応じて記入をお願いします。

○日常生活の様子や介護サービスの状況等について、必要時にご確認下さい。

使い方・記入方法 利用者、家族と確認しながらご記入ください。

| 関係者連絡先 | | 記入日 年 月 日 | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------|----|
| | 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) | 01267-2-3010 | |
| 居宅介護支援 事業所 (ケアマネジャー) | | | |
| 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 | | | |
| | | | |

介護サービス関係者への連絡時
にご活用ください。

病名などに記入モレ、間違いがない
かご確認ください。不備があった場合
は、修正をお願いします。

| 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 | | | |

チェック 

11ページからの体調管理票も定期的に確認してください。血圧など
本人が記入が難しい場合は、可能な範囲で記入をお願いします。

病歴（現病歴・既往歴）

記入日 年 月 日

| 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 | |
| 年 月 日 | | 治療中 経過観察中 その他 | |

※新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く

病歴の確認をお願いします。
不備や追加があった場合は修正・更新をお願いします。

口腔機能、ケアについてご確認ください。不備があった場合は修正をお願いします。

食事について

記入日 年 月 日

| | | |
|---------|-----------------|--|
| 食事について | 食事回数 | 1日につき(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) |
| | 禁止制限 されているもの | |
| | 飲込みの 問題 | なし・あり (ムセる・つかえる・逆流・他) |
| | 気をつけて いる事 | |
| 歯・義歯の状態 | 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 |
| 口の手入れ | 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 |

ポイント 

リハビリの情報など共有が必要と思われる情報は、様式を問わず自由に追加してください。