

# 虹 手 帳



国富町認知症勉強会「虹の会」の連絡先(けいめい記念病院内)

TEL:0985-75-7007

## 1.虹手帳の使用にあたって

- 1.この手帳は私が年をとり認知症をはじめとした様々な病気や体調の弱りが出てきた時により良い医療・介護・福祉サービスが受けれるようにする為に使います。
- 2.この手帳の中の情報は、私にふさわしい適切な医療・介護・福祉サービスを私が受けられるようにする目的に限り利用してください。
- 3.この手帳を私以外の方が私の為に利用される時もこの原則を守ってください。
- 4.この手帳を利用した事により生じた全ての結果の責任は、この手帳の使用に同意した私・私の家族・私の後見人にあります。
- 5.この手帳の使い方や内容についてご意見やご質問があれば、私・私の家族・私の後見人の同意を得た上で、私を診てくれている医師・看護師・薬剤師や私の介護をしてくれている関連の施設や介護士、この手帳を作成した国富町認知症勉強会「虹の会」にご連絡ください。

記入日:平成 年 月 日

本人の署名:

本人の代理になる家族の署名:

後見人の署名:

## 2.本人のプロフィール・必要な過去の情報

連絡先①	
氏名	様 続柄 TEL
連絡先②	
氏名	様 続柄 TEL
①②は連絡先順番	
家族構成	単身・高齢者世帯・同居家族( )人
住宅環境	一戸建て・集合住宅 階・施設
飲酒歴	飲む(1日 合)・飲まない
喫煙歴	吸う(1日 本)・吸わない
伝えておきたい 生活歴	(例)転居歴・結婚歴等
伝えておきたい 職業歴	
余暇の過ごし方 好きな事 趣味など・・・ ※ご自由ご記入ください	

記入日:平成 年 月 日

記入者: \_\_\_\_\_

### 3.現在の運動機能・生活状況

以下の質問のあてはまるところに○をつけてください。

- ①今年の健康診断は受けましたか ( はい・いいえ )  
「はい」と答えた方、どこで受けましたか ( 病院・市町村 )
- ②世帯構成はどれですか  
( 一人暮らし・夫婦世帯・家族と同居 )
- ③仕事をしていますか ( はい・いいえ )
- ④趣味や生きがいがありますか ( はい・いいえ )
- ⑤15分程度、続けて歩く事ができますか ( はい・いいえ )
- ⑥健康づくりの為に運動をしていますか ( はい・いいえ )
- ⑦同年代の人と比べ、元気があると思いますか  
( はい・いいえ )
- ⑧その他、何かあれば自由に書いてください

記入日:平成 年 月 日

記入者:

## 4.現在治療している病気とその治療内容

現在治療中の病気、今までにかかった事のある病気について

・現在治療中の病気と病院名	病院名	お薬
<input type="checkbox"/> 糖尿病	( )	あり・なし
<input type="checkbox"/> 高血圧症	( )	あり・なし
<input type="checkbox"/> 脳卒中(脳梗塞・脳出血)	( )	あり・なし
<input type="checkbox"/> 心臓病	( )	あり・なし
<input type="checkbox"/> 精神疾患	( )	あり・なし
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	( )	あり・なし
<input type="checkbox"/> その他	( )	あり・なし
病名	( )	あり・なし

・睡眠薬の服薬状況について

毎日飲んでいる    時々飲んでいる    飲んでいない

・服薬管理について

自分で出来る    介助が必要    出来ない

・食物・薬のアレルギーについて

あり ( )

なし ( )

※お薬の服薬状況とお薬名はお薬手帳をご参照ください

かかりつけ薬局名 ( )

連絡先 電話番号 ( - - )

記入日:平成 年 月 日

記入者:

## 5. 認知症の診断・進行度・BPSDの状況

診断日:平成 年 月 日 病院名:

認知症: あり なし

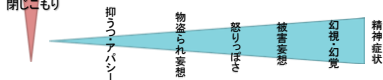
認知症の原因: AD DLB VaD FTD 高齢者たぐのバチー  
アルコール性 その他【 】

認知症の進行状況: MMSE/HDS-R /30点

FAST	認知機能	特 徴
1	認知障害なし	主観的・客観的に機能低下なし
2	極軽度	物の置き忘れ・喚語困難あるが社会生活は正常
3	境界	仕事の効率低下、日常生活は正常
4	軽度	社会生活・対人関係に支障 計画・段取りをつけられない
5	中等度	家事が困難で日常生活に介助が必要
		冷蔵庫の管理が困難・電話の対応が困難
6	やや高度	a着衣が出来ない b入浴に介助が必要
		c排泄後の処置に要介護 d尿失禁 e便失禁
7	高度	語彙減少、歩行障害、笑う機能の消失、昏迷

行動障害

暴行 攻撃性	ドネペジル・レミニール・リバスタッチ	mg/day
	メマリー	mg/day
暴言 徘徊	抑肝散	g/day
睡眠障害 閉じこもり	フレタル・ハイアスピリン・プラビックス	mg/day
	クエチアピン・コントミン・セレネース	mg/day



記入日:平成 年 月 日 記入者:

## 6.介護保険申請の有無と介護の状況

### ①介護保険申請の有無と介護区分

介護保険認定あり	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)
介護保険認定なし	介護保険申請 (住まいの市町村役場・最寄の総合支所担当窓口)	

担当ケアマネージャー( ) 連絡先( )

②日常生活の自立度 : J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

認知症の自立度 : I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

### ③サービスの内容と利用状況

サービス内容	利用先の施設名	利用先電話番号	利用回数(週)
(例)デイサービス	△△デイサービス	(0985)〇〇-××××	週3回(月・水・金)
ヘルパー			
訪問看護			
デイサービス			
デイケア			
小規模多機能 居宅介護			
ショートステイ			
レンタル			
施設入所			

記入日:平成 年 月 日

記入者:

## 7.人生の締めくりについての考え方

・延命治療を希望しますか？

( する ・ しない ・ 分からない ・ 決められない )

延命治療を**希望する**とチェックされた方のみ記入してください。

希望する処置について□にチェックしてください。

- 人工呼吸器、心臓マッサージ等生命維持の為の最大限の治療を希望する
- 自分の口から栄養を摂れなくなった時に継続的に高カロリー輸液や胃ろう等による栄養補給を希望する
- 継続的な栄養補給は希望しないが点滴等の水分補給は希望する
- 延命を目的としない苦痛や疼痛の軽減を希望する
- その他(最期看取りの場所・私・家族の想い等を自由に記載)

( )

記入日:平成 年 月 日

本人署名:

家族署名:

続柄:

いつでも変更・更新できます。

本人、家族を含めた話し合いをしておきましょう。



## 8.メモ(内容は自由)

(例)成年後見・BPSDの具体的な記載

本人の思いや家族の思い等

記入日:平成 年 月 日

記入者: