

よりそいノートを作成しました!



よりそいノートって?

認知症のご本人とご家族が、安心して暮らせる地域づくりのための医療や介護関係者などとの情報共有ツールです。

ご本人・ご家族及び各関係機関がそれぞれ記入し活用することで、支援ネットワークを形成します。

県内の市町村、地域包括支援センター、専門医療機関で配布しています。



ご本人・ご家族

困っていることを、医療機関や介護機関などに、理解してもらい対応してもらえます!

介護・相談機関

ご本人やご家族の状況、医療の状況などを知った上でサービスの提供やアドバイスができます!

医療機関

ご本人の日ごろの暮らしの様子や、介護サービス利用時の様子などを知ることにより、生活面にも目配りした治療方針が立てられます!

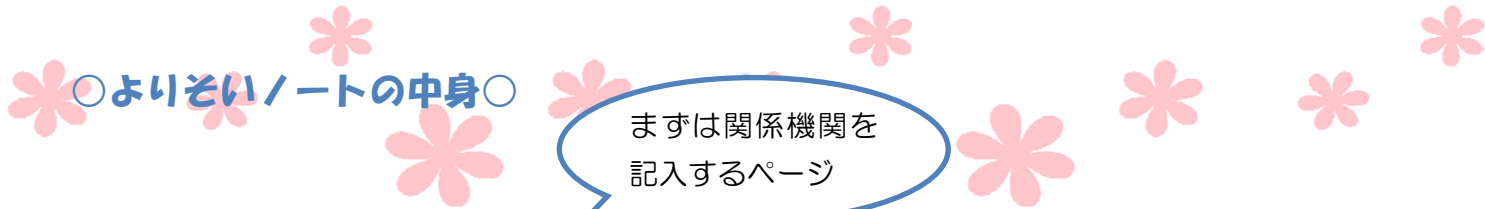
認知症のご本人・ご家族が安心して生活できるよう、みなさまのご協力をお願いいたします



問い合わせ先

神奈川県 保健福祉局 福祉部
高齢社会課 高齢福祉グループ
電話 045-210-4846 (直通)

※詳細は県のホームページをご覧ください。(http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f480217/) 裏面にも様式を掲載しています。



○よりそいノートの中身○

まずは関係機関を
記入するページ

【医療機関】	
医療機関名① 電話番号 主治医	医療機関名② 電話番号 主治医
【介護支援専門員(ケアマネジャー)】	【地域包括支援センター】
事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者
【その他利用している介護サービス等】	
事業所名 電話番号 担当者	事業所名 電話番号 担当者
事業所名	事業所名

暮らしの様子 ※ご本人、ご家族でご記入ください。ご本人やご家族の話を聞いて、相談機関の方に記入していただいても結構です。全部記入する必要はありません。

(記載者) _____ (本人との関係) _____ 記入年月日(年 月 日)

項目	長年の習慣や好み
食事の習慣	介助(要・否)
飲酒・喫煙	飲酒 : 有(1日 合) ・ 無 清酒1合の目安: ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ワイン2杯(240ml) 喫煙 : 有(1日 本) ・ 無
排泄の習慣	介助(要・否)
お風呂の習慣	介助(要・否)

ご本人・ご家族が
記入するページ

医療機関のページ

【検査】※検査を実施した医療機関をご記入ください。

年月日	医療機関名	検査内容
(記入例) H24.9.1	〇〇病院 〇〇科	認知機能検査: 長谷川式・MMSE・その他() 画像診断: CT・(MRI)・SPECT・その他() 血液生化学検査 その他()
		認知機能検査: 長谷川式・MMSE・その他()

介護・福祉のページ

【要介護状態区分等】※ケアマネジャーが記入してください。

認定有効期間	介護認定	介護支援専門員(ケアマネ)	サービス利用状況
(記入例) 24年 9月 1日 ~ 25年 3月 31日	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1②・3・4・5)	〇〇居宅介護事業所 (〇山〇子)	デイサービス (週2日 火・金) ショートステイ
月 日 ~	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2)		

【地域包括支援センター】※地域包括支援センターがご記入ください。

年月日	相談内容・アドバイス内容	担当者
(記入例) H24. 9. 1	・ 毎日買物に出かけ、同じ物を買ってくる。叱ると大声で叫んだりすると夫からの相談 ・ かかりつけ医へ相談すること、買物は夫と一緒に行き、「冷蔵庫に入っていたから大丈夫」とやさしく声をかけてあげるよう助言	〇〇地域包括支援センター 〇〇

それぞれの関係機関にご記入いただくページ



連絡ページ
依頼・報告・共有したい情報や質問等を自由に記入

関係機関連絡のページ

※関係機関への依頼事項や報告事項、皆で共有したい情報や質問等を書いてください。本人、ご家族、医療関係者、介護関係者等、どなたでも記入していただいても結構です。

年月日 記入者	連絡事項	あて先 (確認サイン)
(記入例)	ディで咳が続いています。奥様はあまり気に	〇〇先生
H24.9.1	ならないとおっしゃいましたが、明日定期受診	
(ディ△△)	とのことでしたので、先生にお話するように伝えました。	(〇〇) (確認サイン)
H24.9.2	咳はひどくないようですが、喉が赤く風邪症状と	ディ△△様
	思われ、風邪薬を処方しました。薬の飲み忘れがあるようです。ディでも確認して下さい。	(△△)

