



倉敷市 健康パスポート

さんの
地域連携クリニカルパス

開始日 平成 年 月 日

目次

➤使い方

➤No.1 [基本] : 同意書・かかりつけ医の情報など

➤No.2 (2') [基本] : 介護支援体制の情報

➤No.3 [ご本人とご家族] : 本人・家族の基本情報、ご家族の悩み・要望・願いなど

➤No.4 [[ご本人とご家族 暮らしの情報] : 私の生活史

➤No.5 [[ご本人とご家族 暮らしの情報] : 暮らし方

➤No.6 [薬の管理] : 管理方法や副作用歴など

➤No.7 [かかりつけ医] : 認知症関連検査など

➤No.8 [お口の状態・状況] : 歯の状態、清掃状況など

➤No.9 (9') [社会福祉制度①, 介護福祉制度②] : 介護保険, 身体障害者手帳などの情報

➤No.10 [自立度経過シート] : 自立度の情報

➤No.11 (11') [経過シート] : 状況を記載

➤No.12 [心身の情報 (私の心・身体の全体的な関連シート)] : 体調や行動心理的な状態について

➤No.13 [心身の情報 (私の姿と気持ちシート)] : 私の気持ちについて

➤No.14 [質問票] : 相談したいときに使うシート

➤No.15 [リハビリテーション] : リハビリの状況や要望

➤No.16 [症状シート] : パーキンソン病症状の一日の変化

➤No.17 [専門医療機関 (認知症用)] : 認知症用

➤No.18 [専門医療機関 (パーキンソン病用)] : パーキンソン病用

➤No.19 [専門医療機関 (てんかん用)] : てんかん用

➤No.20 [てんかん診療計画書] : てんかん用

「健康パスポート」の使い方

- 「健康パスポート」は、医療機関、介護サービス事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターの連携に役立ちます。
- 一度に記載できなくても、少しずつ記載していきましょう。
- 皆で共有したい書類（「認知症療養計画書」、「居宅サービス計画書」など）は、このファイルに綴じ込んで保管して下さい。
- 連携で見て欲しいところに付せんをつけると分かりやすいです。

ご家族の方へ

- ご本人、ご家族にはしっかり管理していただき、医療機関を受診する場合には必ずお持ちいただきますようお願いいたします。
- 「同意書・基本」シートに記入して下さい。
- 「ご本人とご家族」シートに、わかる範囲で記入して下さい。
- 「経過シート」「心身の情報」「質問票」も記入・ご利用下さい。

かかりつけ医、その他の先生へ

- 「同意書・基本」シートに記入して下さい。
- 「かかりつけ医」シートや「専門医療機関」シートに記入して下さい。
- 「経過シート」「心身の情報」「質問票」をご覧下さい。またご利用下さい。

ケアマネージャー様へ

- 「基本」シートに記入して下さい。
- 「経過シート」「心身の情報」「質問票」もご記入・ご利用下さい。

介護サービス事業者様、その他の介護支援者様へ

- 「基本」シートに記入して下さい。
- 「経過シート」「心身の情報」「質問票」もご記入・ご利用下さい。

同意書・基本

<同意書>

各施設間での必要な情報の交換、情報提供とパスの適応に同意します。 ※ キーパーソンには名前の前に◎をつけてください。

ご本人 _____ 様

ご家族 _____ 様 (続柄 _____) TEL(自宅) _____

TEL(携帯) _____

ご家族 _____ 様 (続柄 _____) TEL(自宅) _____

TEL(携帯) _____

かかりつけ医 (押印でも構いません)

医療機関 _____ 初診日 _____

主治医 _____

TEL _____

介護保険意見書記入 有・無 (記入医療機関 _____)

<調剤薬局> (押印でも構いません)

薬局 _____

専門医療機関 (押印でも構いません)

医療機関① _____ 医療機関② _____

初診日 _____ 初診日 _____

主治医 _____ 主治医 _____

TEL _____ TEL _____

医療機関③ _____ 医療機関④ _____

初診日 _____ 初診日 _____

主治医 _____ 主治医 _____

TEL _____ TEL _____

基本

＜介護の支援体制＞（押印でも構いません）

地域包括支援センター	ケアマネジャー（介護支援専門員）
事業所	事業所
初回担当日	初回担当日
担当者	担当者
TEL	TEL

介護サービス

事業所①	事業所②
初回担当日	初回担当日
担当者	担当者
担当者職務	担当者職務
TEL	TEL

訪問看護ステーション

事業所①	事業所②
初回担当日	初回担当日
担当者	担当者
担当者職務	担当者職務
TEL	TEL

障害者支援センター

事務所	民生委員
事業所	事業所
初回担当日	初回担当日
担当者	担当者
担当者職務	担当者職務
TEL	TEL

基本

＜介護の支援体制＞（押印でも構いません）

初回担当日

担当者

TEL

初回担当日

担当者

TEL

初回担当日

担当者

担当者職務

TEL

初回担当日

担当者

担当者職務

TEL

初回担当日

担当者

担当者職務

TEL

初回担当日

担当者

担当者職務

TEL

初回担当日

担当者

担当者職務

TEL

初回担当日

担当者

担当者職務

TEL

ご本人とご家族 わかる範囲でお書き下さい

＜もの忘れが最初に始まった時期＞ 平成()年()月ごろ

＜基礎データ＞

身長:()cm 体重:()kg

喫煙 無・ 有 ()年間×()本 / ()年前禁煙

飲酒 無・ 有 ()年間×()

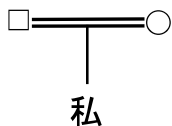
趣味()

＜これまでにかかった大きな病気について＞

	年月	病院名
脳梗塞・脳出血	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	(詳しく)
狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	(詳しく)
癌	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	(詳しく)
手術	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	(詳しく)

その他

＜家族・親族＞



- 男性
- 女性
- 死亡
- 主介護者(男)
- 主介護者(女)
- 副介護者(男)
- 副介護者(女)
- = 婚姻関係

＜ご家族の悩み・要望・願い(家族らの生活,介護,経済面,人間関係など)をお書き下さい＞

ご本人とご家族 暮らしの情報

＜私の生活史＞ 私はこんな暮らしをしてきました。

年月	歳	暮らしの場所	そのころの暮らし・出来事

私がしてきた仕事や得意な事など

私の好む話、好まない話

ご本人とご家族 暮らしの情報

＜暮らし方＞ 私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。

暮らしの様子	私になじんだ習慣や好み	現在の状態・状況	私の願い・支援してほしいこと
毎日の習慣となっていること			
食事の習慣			
飲酒・喫煙の習慣			
排泄の習慣・トイレ様式			
お風呂・身だしなみ			
おしゃれ・色の好み・履物			
好きな音楽・テレビ・ラジオ			
家事			
仕事			
興味・関心・遊びなど			
なじみのものや道具			
得意なこと / 苦手なこと			
性格・特徴など			
信仰について			
私の健康法			
その他			

薬の管理

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者 _____

<薬の管理者>

本人 家族 (_____) その他 (_____)

<薬の管理方法>

そのまま管理 整理箱を使用 薬のカレンダーを使用
 その他 (_____)

<服薬できない剤型>

錠剤 カプセル剤 散剤 液剤
理由 (_____)

<一包化の有無>

有り 無し

<服薬状況について>

しっかりと飲んでいる
 飲み忘れることはほとんどない
 飲み忘れがある

<自己調節している薬>

無し 有り 薬の名前 (_____)

<副作用歴>

無し 有り 詳細下記

かかりつけ医

<認知症関連検査>

- 甲状腺機能 (FT4, TSH) 正常・ 異常()・ 不明
 ビタミン B1 正常・ 異常()・ 不明
 ビタミン B12 正常・ 異常()・ 不明
 葉酸 正常・ 異常()・ 不明

<治療中の疾患>

- 高血圧 無・ 有・ 不明
 糖尿病 無・ 有・ 不明
 脂質異常症 無・ 有・ 不明
 骨粗鬆症 無・ 有・ 不明
 過活動膀胱 無・ 有・ 不明
 その他



胸部X線撮影日:

年 月	年 月	年 月

<ワクチン接種>

- 肺炎球菌ワクチン 接種済み・ 未接種
 インフルエンザワクチン 接種済み・ 未接種

<治療薬>

- 抗AD薬 無・ 有 (アリセプト・メマリー・レミニール・イクセロンパッチ・リバスタッチ)
 降圧薬 無・ 有 ()
 スタチン 無・ 有 ()
 抗血小板薬 無・ 有 (アスピリン・パナルジン・プラビックス・プレタール)
 抗凝固薬 無・ 有 (ワーファリン・プラザキサ)
 その他

お口の状態・状況

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者 _____

① 歯の状態

- (1) 有歯 (_____ 本) ----- 部分義歯 有 無
(2) 無歯 ----- 総義歯 有 無

② 口腔清掃の状況

- (1) 歯磨き している していない
〔 実施状況 毎日 殆ど毎日 しない 〕
〔 全介助 部分介助 自立 〕
- (2) 義歯着脱 している していない
〔 実施状況 毎日 殆ど毎日 しない 〕
〔 全介助 部分介助 自立 〕
- (3) うがい している していない
〔 実施状況 毎日 殆ど毎日 しない 〕
〔 全介助 部分介助 自立 〕
- (4) 開口の可否 できる できない

③ 食事状況

- (1) 摂食 全介助 部分介助 自立
(2) 食事形態 普通食 軟食 流動食
(3) 食事態勢 起居 臥床

④ 介護状況

- 口腔ケアに対する理解 有 無 普通
口腔ケアに対する協力度 有 無 普通
介護状態 良 悪 普通
訪問看護, ヘルパー等の利用 有 無

社会福祉制度 ①

記入日 年 月 日 記入者

介護保険

ケアマネジャー (名前:)
 (事業所:)
 (連絡先:)

介護度／年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
介護度						

サービス

訪問看護



訪問介護(ヘルパー)



訪問リハビリテーション



通所デイケア・ デイサービス



施設



- 特別養護老人ホーム
- 老人保健施設
- 有料老人ホーム
- グループホーム
- その他()

ショートステイ

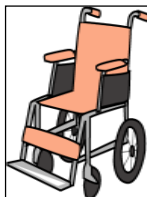


住宅改修



福祉用具

車いす



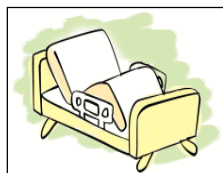
シャワー椅子



つえ



ベッド



ポータブルトイレ



その他

介護福祉制度 ②

記入日 年 月 日 記入者

医療保険

高額医療制度

概要説明

70歳未満

70歳以上

限度額

概要説明

未申請・申請(ランク)

身体障害者手帳

概要説明

未申請・申請(級)

特定疾患

概要説明

未申請・申請(外来・入院)

障害年金

概要説明

未申請・申請(級)

傷病手当

概要説明

未申請・申請()

自立支援医療制度

概要説明

未申請・申請(区分)

県特別障害者手当

概要説明

未申請・申請()

市介護手当

概要説明

未申請・申請()

生活保護

概要説明

未申請・申請()

その他

自立度経過シート

※ 左端の(例)を参考にして,■・●・△の記号で記入してください。

※ 半年に1回はスケールで状態を把握してください。介護保険資格取得時の要介護認定およびサービス利用開始時の状態も記入しましょう。介護保険利用前のケースも,わかる範囲で記入しましょう。

要介護度	障害老人自立度	日常知症の人の自立度	評価年月日(その時点の記入者名)						
			(例) ケアマネ 佐藤						
■	●	△	12/4/12						
なし	未申請	J-1	I	■●					
1	要支援	J-2	IIa		△				
2	要支援	A-1	IIb						
1		A-2	IIIa						
2		B-1	IIIb						
3		B-2	IV						
4		C-1	M						
5		C-2							
「気づき」 ※ くわしくは「経過シート」に記載 しましょう。			う 散 歩 の 帰 り に 道 に 迷 う よ う に な っ た。						

経過シート

※ 状況(経過, 評価, 変化に影響した事柄や背景についての気づき)を記入しましょう.

記入者	年 月 日	年 月 日	年 月 日
家族			
主治医			
デイサービス			
ケアマネ			

経過シート

※ 状況(経過, 評価, 変化に影響した事柄や背景についての気づき)を記入しましょう。

記入者	年 月 日	年 月 日	年 月 日

心身の情報（私の心と身体の全体的な関連シート）

記入日 年 月 日

記入者 _____

1. 私の体調	状態
<input type="checkbox"/> 食欲がない	
<input type="checkbox"/> 眠れない	
<input type="checkbox"/> 起きれない	
<input type="checkbox"/> 痛みがある	
<input type="checkbox"/> 便秘している	
<input type="checkbox"/> 下痢している	

2. 私の行動心理的な状態	状態
<input type="checkbox"/> 盗られたなど被害にあっていると思う	
<input type="checkbox"/> 状況に合わない話をする	
<input type="checkbox"/> (ないものが)見える,聞こえる	
<input type="checkbox"/> 気持ちが不安定	
<input type="checkbox"/> 夜眠らない	
<input type="checkbox"/> 荒々しい言い方やふるまいをする	
<input type="checkbox"/> 何度も同じ話をする	
<input type="checkbox"/> (周囲に不快な)音を立てる	
<input type="checkbox"/> 大きな声をだす	
<input type="checkbox"/> 声かけや介護を拒む	
<input type="checkbox"/> 落ち着かない	

2. 私の行動心理的な状態 (つづき)	状態
<input type="checkbox"/> 歩き続ける	
<input type="checkbox"/> 家に帰るなどの言動を繰り返す	
<input type="checkbox"/> (一人で危険だが)外に出ようとする	
<input type="checkbox"/> 外出すると一人で戻れない	
<input type="checkbox"/> いろいろな者を集める	
<input type="checkbox"/> 火を安全に使えない	
<input type="checkbox"/> 物や衣類を傷めてしまう	
<input type="checkbox"/> 排泄物とわからず触ってしまう	
<input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる	

3. 私のコミュニケーションの状態	状態
<input type="checkbox"/> 食表情がうつろ, 堅い, 乏しい	
<input type="checkbox"/> 目に光がない	
<input type="checkbox"/> 見えにくい	
<input type="checkbox"/> 聴こえにくい	
<input type="checkbox"/> 意思を伝えにくい	
<input type="checkbox"/> 感情を表現できにくい	
<input type="checkbox"/> 相手のいうことが理解できない	

心身の情報（私の姿と気持ちシート）

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者 _____

私の今の姿と気持ちを書いてください。まん中の空白部分に私のありのままの姿を書いてください。左側のように、様々な身体の問題を抱えながら、私がどんな気持ちで暮らしているのかを吹き出しに書き込んでください。（次の記号を冒頭につけて誰からの情報かを明確にしましょう。●私が言ったこと、△家族が言ったこと、○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア）

私の不安や苦情、
苦しみは・・・

私の姿です

私が嬉しいこと、楽しい
こと、快と感じること
は・・・

私の介護への願い
や要望は・・・

私がやりたいことや願
い・要望は・・・

私が受けている医療への願いや要望は・・・

私のターミナルや死後についての願いや要望
は・・・

質問票

教えてほしいこと

質問する人

回答してほしい人

(

→

)

記入日 年 月 日

回答・アドバイス

回答した人

(

)

記入日 年 月 日

質問票

教えてほしいこと

質問する人

回答してほしい人

(

→

)

記入日 年 月 日

回答・アドバイス

回答した人

(

)

記入日 年 月 日

リハビリテーション

病院・介護(施設・通所・訪問)病院・事業所名:

本人・家族・サポートメンバー等からのリハビリへのお願い、要望事項等

年 月 日 提供者:

病院・介護事業所名;

リハビリ担当者:

治療経過 年 月 日 ~ 年 月 日

本人・家族・サポートメンバー等への助言

※ 病院・介護施設、通所・訪問系リハビリサービスに関する情報提供書等があれば当該用紙の
コピーを裏面に添付していただきますようよろしくお願いいたします。

症状シート

※ 1日の症状の変化を記入しましょう。当てはまるところに○をつけてください。

記入日 年 月 日

午 前	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ジスキネジア がある												
動きやすい												
少し動きにくい が、動ける												
動けない												
服用時間												
午 後	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ジスキネジア がある												
動きやすい												
少し動きにくい が、動ける												
動けない												
服用時間												

「健康パスポート」は、医療機関、介護サービス事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターの連携に役立ちます。
ご本人、ご家族にはしっかり管理していただき、医療機関を受診する場合には必ずお持ちいただきますようお願いいたします。

作成 児島神経疾患地域連携パスワーキンググループ

・児島医師会 副会長（福祉介護担当）田嶋憲一

・川崎医科大学 神経内科 黒川勝己, 久徳弓子・倉敷平成病院 神経内科 涌谷陽介

2011年12月(ver.2011.12) 仮運用 2012年5月(ver.2012.5) 正式運用開始

改訂 ver. 2013.6, 2013.11, 2014.6, 2016.3

Ver. 2017.3.3