

私の地域カルテ

(地域リハビリ手帳)

使用マニュアル



福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会
社団法人郡山医師会

「私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）」の利用開始手順 （どのようにしてスタートするの？）

注)「私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）」は、あくまで本人または家族がその利用による連携したサービス展開を望む時にお渡しし、承諾書に記載された時がスタートとなります。決して全ての方に対してお渡ししたり、その使用を強要するものではありません。

- i) 在宅生活者，入院・入所者で、地域における生活を継続するために、保健・医療・福祉・介護による連携したサポートが必要と考えられる場合、その本人または家族に対して「私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）」の使用方法，意義などを**十分説明**する。
- ii) 「私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）」の使用方法，意義などを理解して頂いた上で、その利用を望むか否かを本人または家族に確認する。
- iii) 「私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）」に添付されている『承諾書』に、日付，承諾者名(印)を記入していただく。
- iv) 本人または家族に対して、「私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）」の利用方法の詳細，注意等を再度説明してから、手帳をお渡しする。

「私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）」の構成について

下記からなり、D以降は関係機関の資料のコピー等、連携先に知って頂きたいことにご利用ください。例えば、退院時の看護やリハビリのサマリー、あるいは短期入所ご利用時の報告書等。

A：私の地域カルテについて

- A-1 はじめに
- A-2 地域カルテの利用方法
- A-3 『承諾書』
- A-4 県中地域リハビリテーション連絡協議会

B：ご本人・ご家族のページ

- B-1 わたしの記録
- B-2 からだに障害を持つに至った病気やケガ
- B-3 住環境（ご自宅と周辺の環境）
- B-4 利用者・ご家族のページ・・・記入例
- ・・・ 日々の記録のページ

C：関係者のページ

- C-1 現在、利用している福祉サービスをご記入下さい
- C-2 目標・解決すべき事項 リスト・・・記入例
- ・・・ 日々の記録のページ

D：関係機関のページ

- ・・・ 退院時サマリー等（看護、リハビリ、その他）のコピー

E～：・・・のページ

- ・・・ 介護保険の「利用票」やサービス提供時報告書等

A：私の地域カルテについて

A-1 はじめに

平成 14 年度より、福島県からの委託事業として、県中圏域における地域リハビリテーション連携推進事業を、福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会を中心として進めております。

福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会では「高齢者・障害者の様々な状況に応じたリハビリテーション事業の適切かつ円滑に提供される体制の整備」を県中圏域において実現していくことを目指した事業の 1 つとして、「**リハビリテーション手帳**」の作成とその利用促進を進めてまいりました。

平成 20 年度からは、郡山地域における地域連携クリティカルパスの検討会が始まり、平成 21 年度には「郡山地域連携パス連絡協議会」を発足し、関係機関の連携をさらに充実すべく検討を行い、上記のリハビリテーション手帳を「**私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）**」としてリニューアルすることとしました。多くの関係機関の方々が連携して、より良い生活支援にこの手帳を役立てて頂けると幸いです。

平成 23 年 12 月 1 日

A-2 地域カルテの利用方法

◎ご利用される方ご本人・ご家族の方々へ

この「**私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）**」は、病気やケガで体に障害を持たれている方やそのご家族に対して、地域における適切な保健、医療、福祉、介護などのサービスを、入院・入所されている方は退院・退所された時から、また、ご家庭で生活されている場合でも、適切に提供できるようにするための大切な情報源です。

- ① 保健センター、保健所、病院、診療所、施設および福祉サービスをご利用される場合には、このカルテ（手帳）をご持参して記入していただきますよう。
また、訪問サービス（ヘルパーさん、訪問看護師さんなど）を受けている場合にもカルテ（手帳）を見せて記入して頂きましょう。
- ② 悩みや介護などで困っていること、今望んでいること、生活の変化、体の変化、医師や関係者への相談・質問など、日記風に、なんでもご自由にお書き頂くページがあります。

◎関わりを持たれる方々へ

(保健センター,保健所,病院,診療所,施設および福祉サービスを担当する方々)

地域において、ご本人とそのご家族に適切なサービスを、間断なく継続して提供できるようにするためには、様々な情報と適切な連携が必要です。

- ① お手数でも、ご本人かそのご家族がこのカルテ（手帳）を持参した場合には、お気づきの点等、必要事項をご記入ください。
- ② 訪問サービスを実施した場合には、必ずこのカルテ（手帳）をご覧になり、お気づきの点等、必要事項をご記入ください。
- ③ 介護保険サービスをご利用されている方に対しては、介護保険の『利用票』をはさみ込んでおいて頂くようお願いください。
- ④ 介護保険以外のサービスをご利用されている方も、ぜひご利用ください。

A-3 承諾書

承 諾 書

私は、この「私の地域カルテ」を利用する事を望み、私に関わる保健、医療、福祉、介護関係者が、この手帳を開覧し必要事項を記入することを許諾します。

平成 年 月 日

利用者 _____

署名者 _____ 印

A-3

この日が、利用開始日になります。

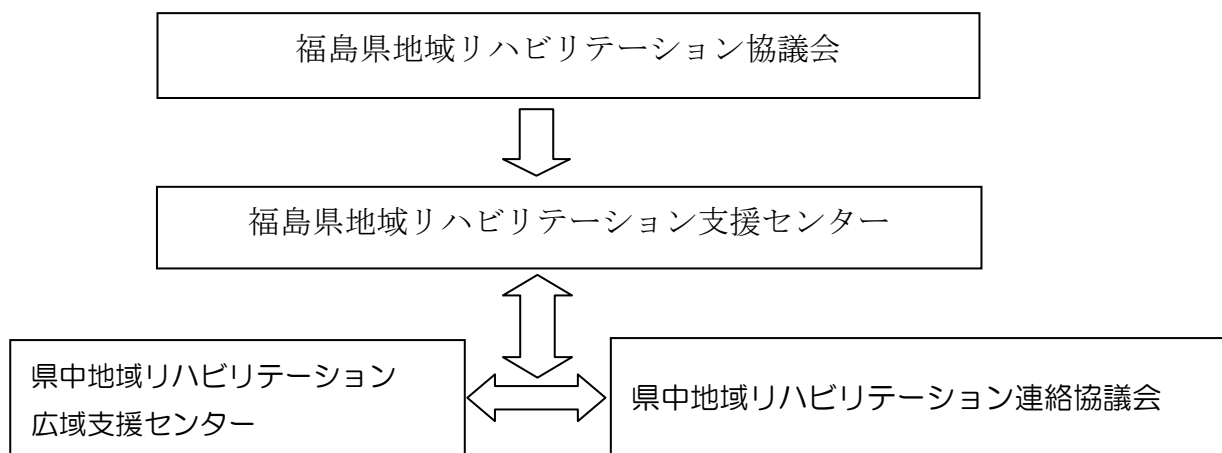
ご本人またはご家族に、
ご署名願います。
(自署の場合、印は省略可)

A-4 福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会

福島県の「**地域リハビリテーション支援体制整備推進事業実施要綱**」の基本的理念である、『高齢者・障害者の様々な状況に応じたリハビリテーション事業が、適切かつ円滑に提供される体制の整備を図ること』を県中圏域において実現し、障害のある人々や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活に関わるあらゆる人々や機関、組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動(**地域リハビリテーション**)』を推進していくにあたり、福島県県中地域における地域リハビリテーション事業が、適切かつ円滑に提供される体制を構築するため、**福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会**が、平成14年11月に設置されました。

【 福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会構成委員 】

郡山医師会、須賀川医師会、岩瀬郡医師会、石川郡医師会、田村郡医師会、県中保健所、郡山市保健所、須賀川市、鏡石町、天栄村、田村市、三春町、小野町、石川町、浅川町、古殿町、玉川村、介護老人保健施設協議会、郡山市訪問看護ステーション連絡協議会、福島県看護協会郡山支部、郡山市社会福祉協議会、郡山市介護支援専門員連絡協議会、福島県医療ソーシャルワーカー協会県南方部会、福島県介護福祉士会、福島県理学療法士会、福島県作業療法士会、福島県言語聴覚士会、福島県県中地域リハビリテーション広域支援センター
(順不同)



○研修担当支援センター

総合南東北病院

○連絡協議会担当支援センター

太田熱海病院

B：ご本人・ご家族のページ

B-1 わたしの記録

わたしの記録	
平成 年 月 日 現在	
ふりがな 氏 名	----- (男・女)
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
血液型	型 (RH + -)
住 所	〒(-) 電話 ()
緊急時連絡先	1. 電話 ()
	2. 電話 ()
保険証の記号番号	-----
同居家族等	-----
持病体質など	-----
かかりつけ 医療機関	電話 ()
	電話 ()
	電話 ()
	電話 ()
	電話 ()

B-1

「緊急時連絡先」は、
必ずご記入ください。

「主治医」の他に、定期的
にお薬を頂いている医療機
関等がある場合は、全てご
記入下さい。

B-2 からだに障害を持つに至った病気やケガ

からだに障害を持つに至った病気やケガ		
病名等	発症年月等	(通院・入院した医療機関名)
1.	-----	通院・入院機関 ~
2.	-----	通院・入院機関 ~
3.	-----	通院・入院機関 ~
4.	-----	通院・入院機関 ~

交付を受けている手帳等		
手帳の種類・交付年月日	障害者	
障害者手帳交付 年 月 日	()種()級	

私が関わっているサービス機関・医療機関	
サービス機関・医療機関名	主に関わっている人の名前

B-2

同じ病気、例えば脳梗塞を繰り返した場合でも、全てご記入ください。

名前がわからないときは、その担当の方に、直接書いて頂いて下さい。

B-3 住環境(ご自宅と周辺の環境)

住環境(ご自宅と周辺の環境)

よろしければ、今の住まいになっている住居について記入して下さい。

平成 年 月 日 現在

住居の種類	<input type="checkbox"/> 独立家屋(階建・平屋) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建 階、エレベーター: 有・無)
トイレ	便器: <input type="checkbox"/> 前式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 手すり(有・無) 入 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> 開し戸 <input type="checkbox"/> 引き戸
浴室	浴槽: <input type="checkbox"/> 浴槽幅広さ <input type="checkbox"/> 浴槽め込み 浴槽の大きさ (縦 cm, 横 cm, 深さ cm)
寝室	広さ: 畳 (畳・フローリング) 寝具: <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団
廊下	有・無: 廊下の幅 cm, 段差の有・無
玄関	ポーチの高さ cm, 上がり框の高さ cm
交通手段	

メモ

.....

.....

.....

.....

.....

B-3

普段、ご不便に感じている
ことがあれば、ご記入下さ
い。

B-4 利用者・ご家族のページ

利用者・ご家族のページ

このページは、私の地域カルテを利用される方々やご家族の“本当の思い”を書き込むページです。

○今望んでいること、介護などで困っていること、悩み、生活での変化、体の変化、医師や関係者へ相談・質問したいこと、伝えきれなかった事など、なんでもお書きください。(日記のようにご利用下さっても結構です。)

○保険、医療、福祉や介護などの関係者との、連絡帳としてもご利用ください。

保険・医療・福祉や介護などの関係者が、手帳を利用される方やご家族の本当の思いを正しく理解するために、貴重な情報となります。

また、保険・医療・福祉や介護などの関係者が、みなさまの生活をより良くサポートしていくための貴重な情報となります。

【記入例】
(〇年 〇月 〇日)

ご本人・ご家族 ()	事業所 ()	記載者 ()
今、望んでいること	外に出て花を鑑賞してみたい、トイレで用を足してみたい。	
困ること・悩み	風情、ひとりなので寂し相手が欲しいと感じる、 夜、なかなか眠れないので、困ってしまう。	
体の変化	最近、手と足のむくみがひどい、 おしっこが少なくて、夜も頻度も出るようになった。	
生活の変化	昨日、桜城が塚に行っていました。	
その他	ヘルパーさん、いつもありがとう、までは書かないけど感謝、 〇/〇 不眠に悩んでいます、別紙 〇〇新聞掲載ありがとうございました	

B-4

この【記入例】に従って、次頁以降ご利用下さい。

日々の記録のページ

【記入例】に従って、ご利用ください。
Cの関係者用のものと同じ様式になっています。
ここでは、日付の次に、記入される「ご本人」あるいは、「ご家族」に「○」を付けてから、
ご記入頂いてください。

記入日をご記入ください。

記入される方に○をお願いします。

今望んでいること、介護等で困っていること、悩み、生活での変化、体の変化、医師や関係者へ相談・質問したいこと、伝えきれなかった事など、なんでもお書き頂いて下さい。
(日記のようにご利用下さっても結構です。)

(年 月 日)	ご本人・ご家族 () : 事務所 ()	記載者= ()

(年 月 日)	ご本人・ご家族 () : 事務所 ()	記載者= ()

(年 月 日)	ご本人・ご家族 () : 事務所 ()	記載者= ()

(年 月 日)	ご本人・ご家族 () : 事務所 ()	記載者= ()

(年 月 日)	ご本人・ご家族 () : 事務所 ()	記載者= ()

※無くなりましたら、コピーしてお使い下さい。よろしくお願いたします。

C : 関係者のページ

C-1 現在、利用している福祉サービスをご記入ください

現在、利用している福祉サービスをご記入ください

介護保険利用：介護支援専門員(ケアマネジャー) = _____

その他(_____) = _____

平成 年 月 日 現在

在宅利用サービス	サービス提供頻
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス) (日/月 曜日)	日 日より
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (日/月 曜日)	日 日より
<input type="checkbox"/> 訪問看護 (日/月 曜日)	日 日より
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (日/月 曜日)	日 日より
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) (日/月 曜日)	日 日より
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイ・サービス) (日/月 曜日)	日 日より
<input type="checkbox"/> 居宅介護管理指導 (日/月 曜日)	日 日より
<input type="checkbox"/> 訪問診療 (日/月 曜日)	日 日より
<input type="checkbox"/> その他	
福祉用具貸与(申請している福祉用具) 無 ・ 有	内容:
福祉用具購入(購入した福祉用具) 無 ・ 有	内容:
住宅改修 (住宅を改修したかどうかを記入) 無 ・ 有	内容:
備考	

C-1

介護保険以外の場合、例えば自立支援制度等の場合もぜひご利用ください。

日付を入れて頂き、大きく変更になった際は、頁を新しくして下さい。

C-2 目標・解決すべき事項リスト

目標・解決すべき事項 リスト

「暮の地球カルテ」をご利用されている身に関係されている身(職種)それぞれの目標、目的、方針等をご記入ください。また、新たに解決すべき事項が発生した場合には、その内容、対応方針、予定、進捗等をご記入ください。

【 記 入 例 】

（ 〇年 〇月 〇日 ）

ご本人・ご家族（ ）； (事務局) (〇〇ヘルパーズ) 記録番号=〇〇

浴槽時、お着替の時間を短縮しました。
主治医の〇〇先生と〇〇訪問看護センターの〇〇さんにご連絡予定です。

〇月〇日 処置と家族治療(対応)終了しました。〇〇訪問看護センター

（ 〇年 〇月 〇日 ）

ご本人・ご家族（ ）； (事務局) (〇〇訪問リハ) 記録番号=PT〇〇

ベッドから自力で起き上がり、坐位も安定してきました。
坐位時間の延長を図りたいので、訪問された際は、自力で起き上がるよう促して下さい。

〇月〇日 〇〇訪問看護センター・〇〇施設 〇〇ヘルパーズ〇〇施設

（ 〇年 〇月 〇日 ）

ご本人・ご家族（ ）； (事務局) (〇〇ヘルパーズ) 記録番号=〇〇

〇〇さんは、お孫さんの幼稚園に出たいとの希望があるようですが、卒業への負担を考え、書い出せずにいます。時をあげたいのですが、とにかく、負担を減していただき、次は、〇月〇日です。
〇〇訪問看護センターの〇〇さんとも連絡を取ってまいります。

〇月〇日 〇〇訪問リハ・PT〇〇施設 ボランティアを募っております。

この【記入例】に従って、次頁以降ご利用下さい。

日々の記録のページ

【記入例】に従って、ご利用ください。
 Bのご本人・ご家族用のものと同じ様式になっています。
 ここでは、日付の次に、事業所に「○」を付けてから、事業所名、記載者名をご記入下さい。

記入日をご記入ください。

事業所に○を付けてから、事業所名と記載者名をご記入下さい。

関係されている方々(職種)それぞれの目標、目的、方針等をご記入下さい。
 また、新たに解決すべき事柄が発生した場合には、その内容、対応方法、予定、結果等をご記入下さい。

※無くなりましたら、コピーしてお使い下さい。よろしくお願ひいたします。

作成者：福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会
 社団法人郡山医師会
 事務局：福島県県中地域リハビリテーション広域支援センター
 (財)太田総合病院附属太田熱海病院

はじめに

平成 14 年度より、福島県からの委託事業として、県中圏域における地域リハビリテーション連携推進事業を、福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会を中心として進めております。

福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会では「高齢者・障害者の様々な状況に応じたリハビリテーション事業の適切かつ円滑に提供される体制の整備」を県中圏域において実現していくことを目指した事業の1つとして、**リハビリテーション手帳の作成とその利用促進を進めてまいりました。**

平成 20 年度からは、郡山地域における地域連携クリティカルパスの検討会が始まり、平成 21 年度には「郡山地域連携パス連絡協議会」を発足し、関係機関の連携をさらに充実すべく検討を行い、上記のリハビリテーション手帳を「**私の地域カルテ**」としてリニューアルすることとしました。多くの関係機関の方々が連携して、より良い生活支援にこの手帳を役立てて頂けると幸いです。

平成 23 年 12 月 1 日

福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会
社団法人郡山医師会

地域カルテの利用方法

◎ご利用される方・ご家族の方々へ

この「私の地域カルテ（地域リハビリ手帳）」は、病気やケガで体に障害を持たれている方やそのご家族に対して、地域における適切な保健、医療、福祉、介護などのサービスを、入院・入所されている方は退院・退所された時から、また、ご家庭で生活されている場合でも、適切に提供できるようにするための大切な情報源です。

- ① 保健センター、保健所、病院、診療所、施設および福祉サービスをご利用される場合には、この手帳をご持参して記入していただきますよう。
また、訪問サービス（ヘルパーさん、訪問看護師さんなど）を受けている場合にも手帳をみせて記入して頂きましょう。
- ② 悩みや介護などで困っていること、今望んでいること、生活の変化、体の変化、医師や関係者への相談・質問など、日記風に、なんでもご自由にお書き頂くページがあります。

◎関わりを持たれる方々へ

（保健センター、保健所、病院、診療所、施設および福祉サービスを担当する方々）

地域において、ご本人とご家族に適切なリハビリテーションサービスを、間断なく継続して提供できるようにするためには、様々な情報と適切な連携が必要です。

- ⑤ お手数でも、ご本人かそのご家族がリハビリ手帳を持参した場合には、お気づきの点等、必要事項をご記入ください。
- ⑥ 訪問サービスを実施した場合には、必ずこの手帳をご覧になり、お気づきの点等、必要事項をご記入ください。
- ⑦ 介護保険サービスをご利用されている方に対しては、介護保険の『利用票』をはさみ込んでおいて頂くようお勧めください。
- ⑧ 介護保険以外のサービスをご利用されている方も、ぜひご活用ください。

承 諾 書

私は、この「私の地域カルテ」を利用する事を望み、私に関わる保健，医療，福祉，介護関係者が、この手帳を閲覧し必要事項を記入することを許諾します。

平成 年 月 日

利用者_____

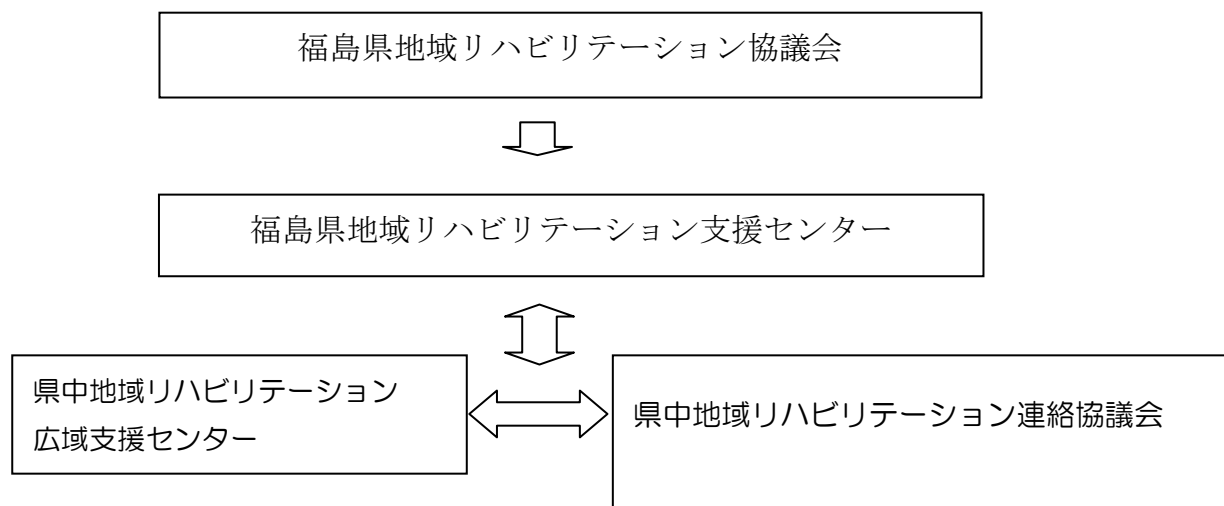
署名者_____ 印

福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会

福島県の「**地域リハビリテーション支援体制整備推進事業実施要綱**」の基本的理念である、『高齢者・障害者の様々な状況に応じたリハビリテーション事業が、適切かつ円滑に提供される体制の整備を図ること』を県中圏域において実現し、障害のある人々や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活に関わるあらゆる人々や機関、組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動(**地域リハビリテーション**)』を推進していくにあたり、福島県県中地域における地域リハビリテーション事業が、適切かつ円滑に提供される体制を構築するため、**福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会**が、平成14年11月に設置されました。

[福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会構成委員]

郡山医師会、須賀川医師会、岩瀬郡医師会、石川郡医師会、田村郡医師会、県中保健所、郡山市保健所、須賀川市、鏡石町、天栄村、田村市、三春町、小野町、石川町、浅川町、古殿町、玉川村、介護老人保健施設協議会、郡山市訪問看護ステーション連絡協議会、福島県看護協会郡山支部、郡山市社会福祉協議会、郡山市介護支援専門員連絡協議会、福島県医療ソーシャルワーカー協会県南方部会、福島県介護福祉士会、福島県理学療法士会、福島県作業療法士会、福島県言語聴覚士会、県中地域リハビリテーション広域支援センター
(順不同)



○研修担当支援センター

総合南東北病院

○連絡協議会担当支援センター

太田熱海病院

わたしの記録

平成 年 月 日 現在

ふりがな	
氏 名	(男・女)
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
血液型	型 (RH + -)
住 所	〒(-)
	電話 ()
緊急時連絡先	1.
	電話 ()
	2.
	電話 ()
保険証の記号番号	
同居家族等	
特異体質など	
かかりつけ 医療機関	電話 ()
	電話 ()
	電話 ()
	電話 ()
	電話 ()
	電話 ()

からだに障害を持つに至った病気やケガ

病 名 等	発病年月等	(通院・入院)した医療機関名
1.		
		通院・入院期間 ~
2.		
		通院・入院期間 ~
3.		
		通院・入院期間 ~
4.		
		通院・入院期間 ~

交付を受けている手帳等

手帳の種類・交付年月日	備 考
障害者手帳交付 年 月 日	()種()級

私が関わっているサービス機関・医療機関

サービス機関・医療機関名	主に関わっている人の名前

住 環 境 (ご自宅と周辺の環境)

よろしければ、今お住まいになっている住居について記入して下さい。

平成 年 月 日 現在

住居の種類	<input type="checkbox"/> 独立家屋(階建・平屋) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建 階, エレベーター: 有・無)
トイレ	便 器: <input type="checkbox"/> 和 式 <input type="checkbox"/> 洋 式 <input type="checkbox"/> 手すり (有・無) 入 口: <input type="checkbox"/> 回し戸 <input type="checkbox"/> 引き戸
浴 室	浴 槽: <input type="checkbox"/> 据え置き <input type="checkbox"/> 埋め込み 浴槽の大きさ (縦 cm,横 cm,深さ cm)
寢 室	広 さ: 畳 (畳・フローリング) 寢 具: <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布 団
廊 下	有・無: 廊下の幅 cm, 段差の有・無)
玄 関	ポーチの高さ cm , 上がり框の高さ cm
交通手段	

メモ

利用者・ご家族のページ

このページは、私の地域カルテを利用される方々やご家族の“本当の思い”を書き込むページです。

- 今望んでいること、介護などで困っていること、悩み、生活での変化、体の変化、医師や関係者へ相談・質問したいこと、伝えきれなかった事など、なんでもお書きください。（日記のようにご利用下さっても結構です。）
- 保健、医療、福祉や介護などの関係者との、連絡帳としてもご利用ください。

保健・医療・福祉や介護などの関係者が、手帳を利用される方やご家族の本当の思いを正しく理解するために、貴重な情報となります。

また、保健・医療・福祉や介護などの関係者が、みなさまの生活をより良く支援させていただくための貴重な情報ともなります。

【 記 入 例 】

《 〇年 〇月 〇日 》

ご本人・ご家族（ ）； 事業所（ 記載者= ）
今、望んでいること 外に出て花を栽培してみたい。トイレで用を足してみたい。
困りごと・悩み 昼間、ひとりなので話し相手が欲しいと感じる。 夜、なかなか眠れないので、困ってしまう。
体の変化 最近、手と足のむくみがひどい。 おしっこが近くて、夜も何度も出るようになった。
生活の変化 昨日、孫娘が嫁に行ってしまいました。
その他 ヘルパーさん。いつもありがとう。口では言えないけど感謝。
〇/〇 不眠に対応します。別紙 〇〇訪問看護ステーション〇〇

現在、利用している福祉サービスをご記入ください

介護保険利用：介護支援専門員(ケアマネージャー)= _____

その他(_____)= _____

平成 年 月 日 現在

在宅利用サービス	サービス提供先
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス) ()回/月 曜日	月 日より
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ()回/月 曜日	月 日より
<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()回/月 曜日	月 日より
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション ()回/月 曜日	月 日より
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) ()回/月 曜日	月 日より
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイ・サービス) ()回/月 曜日	月 日より
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 ()回/月 曜日	月 日より
<input type="checkbox"/> 訪問診療 ()回/月 曜日	月 日より
<input type="checkbox"/> その他	
福祉用具貸与(今借りている福祉用具) 無 ・ 有	内容：
福祉用具購入(購入した福祉用具) 無 ・ 有	内容：
住宅改修 (自宅を改修しましたか？手すり等) 無 ・ 有	内容：
備 考	

目標・解決すべき事項 リスト

「私の地域カルテ」をご利用されている方に関係されている方々(職種)それぞれの目標, 目的, 方針等をご記入ください。また、新たに解決すべき事柄が発生した場合には、その内容, 対応方法, 予定, 結果等をご記入ください。

【 記 入 例 】

《 〇年 〇月 〇日 》

ご本人・ご家族 () ; 事業所 (〇〇ヘルパーｽｰﾖｯｼﾞ 記載者=〇〇)
清拭時、仙骨部の褥瘡を認めました。
主治医の〇〇先生と〇〇訪問看護ｽｰﾖｯｼﾞの〇〇さんに連絡予定です。
△月△日 処置と家族指導(別紙)終了しました。〇〇訪問看護ｽｰﾖｯｼﾞ・〇〇

《 〇年 〇月 〇日 》

ご本人・ご家族 () ; 事業所 (〇〇訪問リハ 記載者=PT〇〇)
ベッドから自力で起き上がり、坐位も安定してきました。
坐位時間の延長を図りたいので、訪問された際は、自力で起き上がるよう促して下さい。
△月△日 〇〇訪問看護ｽｰﾖｯｼﾞ・〇〇確認 〇〇ﾊﾞﾙﾝﾃｻﾞｰｽｰﾖｯｼﾞ〇〇確認

《 〇年 〇月 〇日 》

ご本人・ご家族 () ; 事業所 (〇〇ヘルパーｽｰﾖｯｼﾞ 記載者=〇〇)
〇〇さんは、お孫さんの結婚式に出たいとの希望があるようですが、家族への負担を考え、言い出せずにいます。叶えてあげたいのですが、どなたか、智恵を貸してください。式は、〇月〇日です。
〇〇訪問看護ｽｰﾖｯｼﾞの〇〇さんとも連絡を取ってみます。
△月△日 〇〇訪問リハ・PT〇〇確認 ｻﾞﾜﾝﾃｻﾞｰを募ってみます。

《 年 月 日 》

ご本人・ご家族() ; 事業所(記載者=)

《 年 月 日 》

ご本人・ご家族() ; 事業所(記載者=)

《 年 月 日 》

ご本人・ご家族() ; 事業所(記載者=)

《 年 月 日 》

ご本人・ご家族() ; 事業所(記載者=)

《 年 月 日 》

ご本人・ご家族() ; 事業所(記載者=)

《 年 月 日 》

ご本人・ご家族() ; 事業所(記載者=)

