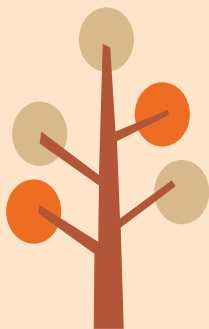


あんしん手帳



お名前

様

ご住所

冊目

受け取った日

年

月

日

はじめに

あんしん手帳は、利用者ご本人、ご家族、医療機関、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護保険サービス機関などが、必要に応じて情報を共有し、それぞれが連携をとるためのものです。そして、ご本人が円滑な治療や介護を受けられ、住み慣れた地域で安心して生活していくことを目的にしています。

医療機関を受診の際や、介護保険サービスを利用する際などには、あんしん手帳を携帯しご提示いただき、お役立てください。

なお、あんしん手帳の活用方法をはじめとして、認知症についてや医療機関の情報など、あんしん手帳手引書には詳しい情報をまとめましたので、あわせてご活用ください。



目 次

「はじめに」	1
「目 次」	2
「受診のながれ」	3～5
「介護保険申請と利用のながれ」	6～9
「手帳発行先について」	10
「手帳使用のながれ」	11
「手帳発行機関」	12
「同意書」	12
「いま、治療中の病気」	13～14
「以前、治療した病気」	15～16
「居宅介護支援事業所」	17
「地域包括支援センター」	17
「認知症疾患医療センター」	17
「その他」	17
「いまの介護度とサービス利用状況」	18～20
「症状確認表【1】」	21～29
「症状確認表【2】」	30～38
「受診状況」	39～42
「わたしの好きなことなどを伝えるページ」	43・45
「わたしの思いを伝えるページ」	44・46
「認知症についての相談窓口」「発行元」	裏表紙

受診のながれ

～はじめて、受診したいと思っている方～



「もの忘れが気になるな…」
「認知症なのでは？」
「もの忘れはどの病院にかかればいいのか？」など

**かかりつけの医療機関を受診してください
(日ごろ、通院している医療機関のことです)**

かかりつけの医療機関

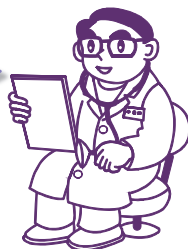
診察・検査

診断

治療方針決定
治療開始

**原則、かかりつけの医療機関で治療を続けます
(かかりつけの医療機関のアドバイスをもらってください)**

「認知症の検査・診断を行う専門の医療機関へ
ご紹介させていただく場合があります。
次のページをご覧ください。」



～ かかりつけの先生から 専門の医療機関へ紹介される場合～

「かかりつけの先生から、
他の病院の紹介を受けました」



かかりつけの医療機関

認知症の検査・診断などを行う専門の医療機関を
ご紹介いたします。



専門の医療機関

診 察 ・ 検 査

診 断

治療方針の決定



原則、かかりつけの医療機関で治療を開始し、
治療を続けます



必要に応じて、認知症の診断などを受けた
専門の医療機関を定期受診します

～ご本人やご家族が 専門の医療機関への受診を希望される場合～



「かかりつけの病院で認知症はみてもらっています。ときには専門の病院でみてもらったほうがいいのでしょうか？」

いま、認知症の治療を受けているかかりつけの医療機関の医師にまずご相談ください

認知症の検査・診断などを行う専門の医療機関を受診する場合は、かかりつけ医からの紹介状などの準備が必要です。

専門の医療機関

診 察 ・ 検 査

診 断

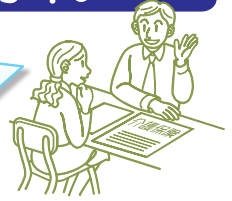
治療方針の決定

原則、かかりつけの医療機関で治療を開始し、治療を続けます

必要に応じて、認知症の診断などを受けた専門の医療機関を定期受診します

介護保険申請と利用のながれ

「自宅での生活を続けるために介護保険のサービスを受けたいと思っています。どうしたらいいのでしょうか？」



① 介護保険サービスの利用には申請が必要です

- ❖ 申請の窓口は市町村の介護保険担当課です。申請は、本人のほか家族でも出来ます。
- ❖ 申請に必要なもの
 - …申請書（市町村の窓口にあります）
 - …介護保険の保険証（40～64歳の方は健康保険の保険証が必要です）



② 要介護認定を受けます

申請をすると、訪問調査の後に公平な審査・判定が行われ、介護や支援が必要な度合い（要介護度）が決まります。

- ❖ 訪問調査
- ❖ 主治医の意見書
- ❖ 一次判定
- ❖ 二次判定



③ 結果が通知されます

通知は申請から原則30日以内に届きます。要介護度に応じて、利用できるサービスや介護保険で認められる月々の利用限度額などが違います。

- ❖ 要支援1・2 ⇒ 介護予防サービスを利用できます
- ❖ 要介護1～5 ⇒ 介護保険サービスを利用できます
- ❖ 非該当(自立) ⇒ 地域支援事業を利用できます

7・8・9 ページへ

要支援 1・要支援 2 の方

▶▶▶ 介護予防サービスを受けられます

【自宅で受けるサービス】

- ❖ 介護予防訪問介護（ヘルパー）
- ❖ 介護予防訪問入浴介護
- ❖ 介護予防訪問看護
- ❖ 介護予防訪問リハビリテーション

など

【施設などに出かけて受けるサービス】

- ❖ 介護予防通所介護（デイサービス）
- ❖ 介護予防認知症対応型通所介護
(認知症デイサービス)
- ❖ 介護予防通所リハビリテーション（デイケア）
- ❖ 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）
- ❖ 介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）
- ❖ 介護予防小規模多機能型居宅介護

【施設などで生活しながら受けるサービス】

- ❖ 介護予防認知症対応型共同生活介護
(認知症グループホーム)
▶▶▶ * 要支援 1 の方は利用できません
- ❖ 特定施設入所者生活介護

要介護 1 ～要介護 5 の方

▶▶▶ 介護サービスを受けられます

【自宅で受けるサービス】

- ❖ 訪問介護（ヘルパー）
- ❖ 訪問入浴介護
- ❖ 訪問看護
- ❖ 訪問リハビリテーション

など

【施設などに出かけて受けるサービス】

- ❖ 通所介護（デイサービス）
- ❖ 認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）
- ❖ 通所リハビリテーション（デイケア）
- ❖ 短期入所生活介護（ショートステイ）
- ❖ 短期入所療養介護（ショートステイ）
- ❖ 小規模多機能型居宅介護

【施設などで生活しながら受けるサービス】

- ❖ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- ❖ 地域密着型介護老人福祉施設（ミニ特養）
- ❖ 介護老人保健施設
- ❖ 介護療養型医療施設
- ❖ 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）
- ❖ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ❖ 地域密着型特定施設入居者生活介護

要支援 1、要支援 2、要介護 1～5 と認定された方が介護保険のサービスを利用できます。

➡ 以下の④⑤⑥をご覧ください

④ 介護支援専門員（ケアマネジャー）を決めます

- ❖ 要介護 1～5 の方は、居宅介護支援事業所に相談してください。
- ❖ 要支援 1 または 2 の方は地域包括支援センターにご連絡ください。



⑤ 介護サービス計画（ケアプラン）を作成します

- ❖ 本人や家族の希望を盛り込みながら、介護支援専門員と相談して作成します。



⑥ サービス事業者と契約し、サービス利用が始まります

- ❖ 契約にあたっては、サービス内容や利用料金、緊急時の対応、苦情処理などを確認してください。

あんしん手帳の発行先について

「もの忘れについて
相談してみたい」

「いま、認知症を
みてもらっています」

など



あんしん手帳手引書発行場所

- ❀ かかりつけの医療機関
- ❀ 認知症の検査・診断などを行う専門の医療機関
- ❀ 保健所
- ❀ 市役所・町役場福祉課
- ❀ 市役所・町役場保健課
- ❀ 地域包括支援センター
- ❀ 居宅介護支援事業所（介護支援専門員の事業所）



**あんしん手帳は、あんしん手帳手引書と
セットで発行します**

あんしん手帳使用のながれ

あんしん手帳発行後

この手帳はご家族などが必要な内容を書き込み、ご家庭で保管してください

かかりつけの医療機関受診時

認知症の検査・診断などを行う専門の医療機関受診時

入院時にはその医療機関

それぞれで手帳をご提示ください。
内容を確認し、必要な場合は書き込みます。

介護保険サービス利用時

介護支援専門員訪問時

治療や介護に反映します

あんしん手帳発行機関

【あんしん手帳発行機関がご記入ください】

はじめにこの手帳を発行した方は、機関名の記入をお願いいたします。

手帳発行機関名

同意書

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

わたしは、各医療機関、各介護保険事業所などでの必要な情報の提供・共有に同意します。

年 月 日

本人氏名

代理人氏名

代理人の続柄

いま、治療中の病気

【かかりつけ医・ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病 名	医療機関
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院

診療科・主治医	初診日		内服の有無
科 先生	昭 平	年 月	有 無
科 先生	昭 平	年 月	有 無
科 先生	昭 平	年 月	有 無
科 先生	昭 平	年 月	有 無
科 先生	昭 平	年 月	有 無
科 先生	昭 平	年 月	有 無
科 先生	昭 平	年 月	有 無

以前、治療した病気

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病 名	医療機関
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院
	病院 医院

診療科・主治医	受診期間など			通院・入院
科 先生	昭・平 昭・平	から	年 月 年 月	通院 入院
科 先生	昭・平 昭・平	から	年 月 年 月	通院 入院
科 先生	昭・平 昭・平	から	年 月 年 月	通院 入院
科 先生	昭・平 昭・平	から	年 月 年 月	通院 入院
科 先生	昭・平 昭・平	から	年 月 年 月	通院 入院
科 先生	昭・平 昭・平	から	年 月 年 月	通院 入院
科 先生	昭・平 昭・平	から	年 月 年 月	通院 入院

【ご家族・各機関担当者などがご記入ください】

居宅介護支援事業所

事業所名	介護支援専門員
☎ ()	
☎ ()	

地域包括支援センター

事業所名	担当者
☎ ()	

認知症疾患医療センター

医療機関名	担当者
☎ () 病院	

その他

名称	氏名
☎ ()	

いまの介護度とサービス利用状況

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

認定有効期間				認定結果					
平	年	月	日	自立					
から	年	月	日	要支援	1	2			
				要介護	1	2	3	4	5
サービス内容				回数など	曜日・時間・内容など				
<input type="checkbox"/> デイサービス				回					
<input type="checkbox"/> 認知症対応型デイサービス				回					
<input type="checkbox"/> デイケア				回					
<input type="checkbox"/> ヘルパー				回					
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション				回					
<input type="checkbox"/> 訪問看護				回					
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護				回					
<input type="checkbox"/> ショートステイ				回					
<input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護				回					
<input type="checkbox"/> その他				回					
				回					

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

認定有効期間				認定結果					
平	年	月	日	自立					
から	年	月	日	要支援	1	2			
				要介護	1	2	3	4	5
サービス内容				回数など	曜日・時間・内容など				
<input type="checkbox"/> デイサービス				回					
<input type="checkbox"/> 認知症対応型デイサービス				回					
<input type="checkbox"/> デイケア				回					
<input type="checkbox"/> ヘルパー				回					
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション				回					
<input type="checkbox"/> 訪問看護				回					
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護				回					
<input type="checkbox"/> ショートステイ				回					
<input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護				回					
<input type="checkbox"/> その他				回					
				回					

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

認定有効期間				認定結果					
平	年	月	日	自立					
から	年	月	日	要支援	1	2			
				要介護	1	2	3	4	5
サービス内容				回数など	曜日・時間・内容など				
<input type="checkbox"/> デイサービス				回					
<input type="checkbox"/> 認知症対応型デイサービス				回					
<input type="checkbox"/> デイケア				回					
<input type="checkbox"/> ヘルパー				回					
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション				回					
<input type="checkbox"/> 訪問看護				回					
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護				回					
<input type="checkbox"/> ショートステイ				回					
<input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護				回					
<input type="checkbox"/> その他				回					
				回					

症状確認表【1】

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

病院を受診する前に確認しましょう		年	月	日
記入者氏名		続柄		
日付	わかる・間違えることがある・わからない ()			
食事 (量)	増えた・変わらない・減った ()			
	自分で食べる・手伝い必要 ()			
トイレ	間に合う・間に合わない ()			
	自分でできる・手伝い必要 ()			
便	よく出る・普通・便秘 ()			
尿	よく出る・普通・出にくい ()			
眠り	よく眠る・普通・寝不足 ()			
風呂	毎日入る・週[]回入る ()			
	自分で入る・手伝い必要 ()			
薬	飲み忘れない・忘れる ()			
	自分で飲む・手伝う ()			
気分	良い・普通・悪い ()			
	穏やか・元気がない・怒りっぽい ()			
趣味	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
仕事 (役割)	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
ご本人・ご家族など記入欄…相談したいことなど				
医療機関記入欄				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長()cm、体重()kg、血圧 / mmHg ▪ 特記すべきこと 				

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

病院を受診する前に確認しましょう		年	月	日
記入者氏名		続柄		
日付	わかる・間違えることがある・わからない ()			
食事 (量)	増えた・変わらない・減った ()			
	自分で食べる・手伝い必要 ()			
トイレ	間に合う・間に合わない ()			
	自分でできる・手伝い必要 ()			
便	よく出る・普通・便秘 ()			
尿	よく出る・普通・出にくい ()			
眠り	よく眠る・普通・寝不足 ()			
風呂	毎日入る・週[]回入る ()			
	自分で入る・手伝い必要 ()			
薬	飲み忘れない・忘れる ()			
	自分で飲む・手伝う ()			
気分	良い・普通・悪い ()			
	穏やか・元気がない・怒りっぽい ()			
趣味	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
仕事 (役割)	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
ご本人・ご家族など記入欄…相談したいことなど				
医療機関記入欄				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長()cm、体重()kg、血圧 / mmHg ▪ 特記すべきこと 				

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

病院を受診する前に確認しましょう		年	月	日
記入者氏名		続柄		
日付	わかる・間違えることがある・わからない ()			
食事 (量)	増えた・変わらない・減った ()			
	自分で食べる・手伝い必要 ()			
トイレ	間に合う・間に合わない ()			
	自分でできる・手伝い必要 ()			
便	よく出る・普通・便秘 ()			
尿	よく出る・普通・出にくい ()			
眠り	よく眠る・普通・寝不足 ()			
風呂	毎日入る・週[]回入る ()			
	自分で入る・手伝い必要 ()			
薬	飲み忘れない・忘れる ()			
	自分で飲む・手伝う ()			
気分	良い・普通・悪い ()			
	穏やか・元気がない・怒りっぽい ()			
趣味	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
仕事 (役割)	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
ご本人・ご家族など記入欄…相談したいことなど				
医療機関記入欄				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長()cm、体重()kg、血圧 / mmHg ▪ 特記すべきこと 				

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

病院を受診する前に確認しましょう		年	月	日
記入者氏名		続柄		
日付	わかる・間違えることがある・わからない ()			
食事 (量)	増えた・変わらない・減った ()			
	自分で食べる・手伝い必要 ()			
トイレ	間に合う・間に合わない ()			
	自分でできる・手伝い必要 ()			
便	よく出る・普通・便秘 ()			
尿	よく出る・普通・出にくい ()			
眠り	よく眠る・普通・寝不足 ()			
風呂	毎日入る・週[]回入る ()			
	自分で入る・手伝い必要 ()			
薬	飲み忘れない・忘れる ()			
	自分で飲む・手伝う ()			
気分	良い・普通・悪い ()			
	穏やか・元気がない・怒りっぽい ()			
趣味	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
仕事 (役割)	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
ご本人・ご家族など記入欄…相談したいことなど				
医療機関記入欄				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長()cm、体重()kg、血圧 / mmHg ▪ 特記すべきこと 				

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

病院を受診する前に確認しましょう		年	月	日
記入者氏名		続柄		
日付	わかる・間違えることがある・わからない（ ）			
食事 (量)	増えた・変わらない・減った（ ）			
	自分で食べる・手伝い必要（ ）			
トイレ	間に合う・間に合わない（ ）			
	自分でできる・手伝い必要（ ）			
便	よく出る・普通・便秘（ ）			
尿	よく出る・普通・出にくい（ ）			
眠り	よく眠る・普通・寝不足（ ）			
風呂	毎日入る・週[]回入る（ ）			
	自分で入る・手伝い必要（ ）			
薬	飲み忘れない・忘れる（ ）			
	自分で飲む・手伝う（ ）			
気分	良い・普通・悪い（ ）			
	穏やか・元気がない・怒りっぽい（ ）			
趣味	ある・なし（ ）			
	あるの場合⇒できる・できない（ ）			
仕事 (役割)	ある・なし（ ）			
	あるの場合⇒できる・できない（ ）			
ご本人・ご家族など記入欄…相談したいことなど				
医療機関記入欄				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長()cm、体重()kg、血圧 / mmHg ▪ 特記すべきこと 				

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

病院を受診する前に確認しましょう		年	月	日
記入者氏名		続柄		
日付	わかる・間違えることがある・わからない ()			
食事 (量)	増えた・変わらない・減った ()			
	自分で食べる・手伝い必要 ()			
トイレ	間に合う・間に合わない ()			
	自分でできる・手伝い必要 ()			
便	よく出る・普通・便秘 ()			
尿	よく出る・普通・出にくい ()			
眠り	よく眠る・普通・寝不足 ()			
風呂	毎日入る・週[]回入る ()			
	自分で入る・手伝い必要 ()			
薬	飲み忘れない・忘れる ()			
	自分で飲む・手伝う ()			
気分	良い・普通・悪い ()			
	穏やか・元気がない・怒りっぽい ()			
趣味	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
仕事 (役割)	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
ご本人・ご家族など記入欄…相談したいことなど				
医療機関記入欄				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長()cm、体重()kg、血圧 / mmHg ▪ 特記すべきこと 				

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

病院を受診する前に確認しましょう		年	月	日
記入者氏名		続柄		
日付	わかる・間違えることがある・わからない ()			
食事 (量)	増えた・変わらない・減った ()			
	自分で食べる・手伝い必要 ()			
トイレ	間に合う・間に合わない ()			
	自分でできる・手伝い必要 ()			
便	よく出る・普通・便秘 ()			
尿	よく出る・普通・出にくい ()			
眠り	よく眠る・普通・寝不足 ()			
風呂	毎日入る・週[]回入る ()			
	自分で入る・手伝い必要 ()			
薬	飲み忘れない・忘れる ()			
	自分で飲む・手伝う ()			
気分	良い・普通・悪い ()			
	穏やか・元気がない・怒りっぽい ()			
趣味	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
仕事 (役割)	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
ご本人・ご家族など記入欄…相談したいことなど				
医療機関記入欄				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長()cm、体重()kg、血圧 / mmHg ▪ 特記すべきこと 				

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

病院を受診する前に確認しましょう		年	月	日
記入者氏名		続柄		
日付	わかる・間違えることがある・わからない ()			
食事 (量)	増えた・変わらない・減った ()			
	自分で食べる・手伝い必要 ()			
トイレ	間に合う・間に合わない ()			
	自分でできる・手伝い必要 ()			
便	よく出る・普通・便秘 ()			
尿	よく出る・普通・出にくい ()			
眠り	よく眠る・普通・寝不足 ()			
風呂	毎日入る・週[]回入る ()			
	自分で入る・手伝い必要 ()			
薬	飲み忘れない・忘れる ()			
	自分で飲む・手伝う ()			
気分	良い・普通・悪い ()			
	穏やか・元気がない・怒りっぽい ()			
趣味	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
仕事 (役割)	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
ご本人・ご家族など記入欄…相談したいことなど				
医療機関記入欄				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長()cm、体重()kg、血圧 / mmHg ▪ 特記すべきこと 				

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

病院を受診する前に確認しましょう		年	月	日
記入者氏名		続柄		
日付	わかる・間違えることがある・わからない ()			
食事 (量)	増えた・変わらない・減った ()			
	自分で食べる・手伝い必要 ()			
トイレ	間に合う・間に合わない ()			
	自分でできる・手伝い必要 ()			
便	よく出る・普通・便秘 ()			
尿	よく出る・普通・出にくい ()			
眠り	よく眠る・普通・寝不足 ()			
風呂	毎日入る・週[]回入る ()			
	自分で入る・手伝い必要 ()			
薬	飲み忘れない・忘れる ()			
	自分で飲む・手伝う ()			
気分	良い・普通・悪い ()			
	穏やか・元気がない・怒りっぽい ()			
趣味	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
仕事 (役割)	ある・なし ()			
	あるの場合⇒できる・できない ()			
ご本人・ご家族など記入欄…相談したいことなど				
医療機関記入欄				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長()cm、体重()kg、血圧 / mmHg ▪ 特記すべきこと 				

症状確認表【2】

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病院受診前に確認しましょう。 年 月 日

記入者氏名

幻 視	ある なし	
幻 聴	ある なし	
妄 想	ある なし	
昼夜逆転	ある なし	
暴 言	ある なし	
暴 行	ある なし	
介護への 抵抗	ある なし	
徘徊	ある なし	
火 の 不始末	ある なし	
不潔行動	ある なし	
異食行動	ある なし	
性的問題 行動	ある なし	
その他	ある なし	

ご家族・介護支援専門員など記入欄…医師に伝えたいことなど

医療機関記入欄…身長、体重、血圧値は、症状確認表【1】21～29ページの「医療機関記入欄」でご確認ください。

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病院受診前に確認しましょう。		年	月	日
記入者氏名				
幻視	ある	なし		
幻聴	ある	なし		
妄想	ある	なし		
昼夜逆転	ある	なし		
暴言	ある	なし		
暴行	ある	なし		
介護への抵抗	ある	なし		
徘徊	ある	なし		
火の始末	ある	なし		
不潔行動	ある	なし		
異食行動	ある	なし		
性的問題行動	ある	なし		
その他	ある	なし		
ご家族・介護支援専門員など記入欄…医師に伝えたいことなど				
医療機関記入欄…身長、体重、血圧値は、症状確認表【1】21～29ページの「医療機関記入欄」でご確認ください。				

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病院受診前に確認しましょう。		年	月	日
記入者氏名				
幻視	ある	なし		
幻聴	ある	なし		
妄想	ある	なし		
昼夜逆転	ある	なし		
暴言	ある	なし		
暴行	ある	なし		
介護への抵抗	ある	なし		
徘徊	ある	なし		
火の始末	ある	なし		
不潔行動	ある	なし		
異食行動	ある	なし		
性的問題行動	ある	なし		
その他	ある	なし		
ご家族・介護支援専門員など記入欄…医師に伝えたいことなど				
医療機関記入欄…身長、体重、血圧値は、症状確認表【1】21～29ページの「医療機関記入欄」でご確認ください。				

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病院受診前に確認しましょう。		年	月	日
記入者氏名				
幻視	ある	なし		
幻聴	ある	なし		
妄想	ある	なし		
昼夜逆転	ある	なし		
暴言	ある	なし		
暴行	ある	なし		
介護への抵抗	ある	なし		
徘徊	ある	なし		
火の始末	ある	なし		
不潔行動	ある	なし		
異食行動	ある	なし		
性的問題行動	ある	なし		
その他	ある	なし		
ご家族・介護支援専門員など記入欄…医師に伝えたいことなど				
医療機関記入欄…身長、体重、血圧値は、症状確認表【1】21～29ページの「医療機関記入欄」でご確認ください。				

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病院受診前に確認しましょう。		年	月	日
記入者氏名				
幻視	ある	なし		
幻聴	ある	なし		
妄想	ある	なし		
昼夜逆転	ある	なし		
暴言	ある	なし		
暴行	ある	なし		
介護への抵抗	ある	なし		
徘徊	ある	なし		
火の始末	ある	なし		
不潔行動	ある	なし		
異食行動	ある	なし		
性的問題行動	ある	なし		
その他	ある	なし		
ご家族・介護支援専門員など記入欄…医師に伝えたいことなど				
医療機関記入欄…身長、体重、血圧値は、症状確認表【1】21～29ページの「医療機関記入欄」でご確認ください。				

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病院受診前に確認しましょう。		年	月	日
記入者氏名				
幻視	ある	なし		
幻聴	ある	なし		
妄想	ある	なし		
昼夜逆転	ある	なし		
暴言	ある	なし		
暴行	ある	なし		
介護への抵抗	ある	なし		
徘徊	ある	なし		
火の始末	ある	なし		
不潔行動	ある	なし		
異食行動	ある	なし		
性的問題行動	ある	なし		
その他	ある	なし		
ご家族・介護支援専門員など記入欄…医師に伝えたいことなど				
医療機関記入欄…身長、体重、血圧値は、症状確認表【1】21～29ページの「医療機関記入欄」でご確認ください。				

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病院受診前に確認しましょう。		年	月	日
記入者氏名				
幻視	ある	なし		
幻聴	ある	なし		
妄想	ある	なし		
昼夜逆転	ある	なし		
暴言	ある	なし		
暴行	ある	なし		
介護への抵抗	ある	なし		
徘徊	ある	なし		
火の始末	ある	なし		
不潔行動	ある	なし		
異食行動	ある	なし		
性的問題行動	ある	なし		
その他	ある	なし		
ご家族・介護支援専門員など記入欄…医師に伝えたいことなど				
医療機関記入欄…身長、体重、血圧値は、症状確認表【1】21～29ページの「医療機関記入欄」でご確認ください。				

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病院受診前に確認しましょう。		年	月	日
記入者氏名				
幻視	ある	なし		
幻聴	ある	なし		
妄想	ある	なし		
昼夜逆転	ある	なし		
暴言	ある	なし		
暴行	ある	なし		
介護への抵抗	ある	なし		
徘徊	ある	なし		
火の始末	ある	なし		
不潔行動	ある	なし		
異食行動	ある	なし		
性的問題行動	ある	なし		
その他	ある	なし		
ご家族・介護支援専門員など記入欄…医師に伝えたいことなど				
医療機関記入欄…身長、体重、血圧値は、症状確認表【1】21～29ページの「医療機関記入欄」でご確認ください。				

【ご家族・介護支援専門員などがご記入ください】

病院受診前に確認しましょう。		年	月	日
記入者氏名				
幻視	ある	なし		
幻聴	ある	なし		
妄想	ある	なし		
昼夜逆転	ある	なし		
暴言	ある	なし		
暴行	ある	なし		
介護への抵抗	ある	なし		
徘徊	ある	なし		
火の始末	ある	なし		
不潔行動	ある	なし		
異食行動	ある	なし		
性的問題行動	ある	なし		
その他	ある	なし		
ご家族・介護支援専門員など記入欄…医師に伝えたいことなど				
医療機関記入欄…身長、体重、血圧値は、症状確認表【1】21～29ページの「医療機関記入欄」でご確認ください。				

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

わたしの好きなことなどを伝えるページ

ご自身の好きなこと、楽しみにしていること、大切にしていること、得意なこと、欠かさずに取り組んでいること、日課など自由に書きとめてください。

年 月 日

✿ 好きなこと、楽しみなこと、趣味など

✿ 得意なことなど

✿ 欠かさないでしていることや日課など

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

わたしの思いを伝えるページ

この手帳の最後に、誰もが考えておくべきことを書きとめるページをつくりました。ご自身が病気になったとき、食べられなくなったとき等に何を希望するか、年に1回、お誕生日を迎えた時に見直していくとよいでしょう。

1. もし、わたしが病気になったとき

希望します

2. もし、わたしが食べられない状況になったとき

① 経鼻カテーテルを 希望します 希望しません

② 胃ろうを 希望します 希望しません

3. もし、わたしが意思を伝えられない状況でしたら

氏名 _____ 様、 続柄 _____

☎ _____ () _____

または

氏名 _____ 様、 続柄 _____

☎ _____ () _____ に相談してください

※ _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ご本人氏名 _____

※同意者氏名 _____ 続柄 _____

【ご本人・ご家族などがご記入ください】

年 月 日

✿ 好きなこと、楽しみなこと、趣味など

✿ 得意なことなど

✿ 欠かさないでしていることや日課など

1. もし、わたしが病気になったとき

希望します

2. もし、わたしが食べられない状況になったとき

① 経鼻カテーテルを希望します 希望しません

② 胃 ろ うを希望します 希望しません

3. もし、わたしが意思を伝えられない状況でしたら

氏名 _____ 様、 続柄 _____

☎ _____ () _____

または

氏名 _____ 様、 続柄 _____

☎ _____ () _____ に相談してください

※ _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ご本人氏名 _____

※同意者氏名 _____ 続柄 _____

認知症についての相談窓口

かかりつけの医療機関

❁ 日頃、通院している医療機関のことです。

認知症の検査や診断などを行う医療機関

❁ あんしん手帳手引書に医療機関の詳細がのっています。

地域包括支援センター

❁ 地域の高齢者がいつまでも元気に不安なく暮らしていけるように、さまざまな支援を行う機関です。

市役所、町役場

❁ 福祉課や保健課があります。認知症のことが心配、予防したい、認知症の相談をしたいがどこに行けばいいか、介護保険サービス等の相談などに応じます。

保健所

❁ 保健師や専門の相談員が相談に応じます。また相談会等も行っています。

認知症疾患医療センター

❁ 認知症の人とその家族が住み慣れた地域で安心して生活ができるための支援の一つとして、厚生労働省の許可を経て都道府県や政令指定都市が指定したものです。

あんしん手帳 (地域連携パス) 発行



南魚沼市立ゆきぐに大和病院認知症疾患医療センター

〒 949-7302 新潟県南魚沼市浦佐 4115 番地

TEL. 025-777-2111 (代表) 平成 25 年 3 月作成

この手帳に関するお問い合わせは、認知症疾患医療センターまでお願いいたします。