

安心して伝えられる
認知症の人の
受診手帳



氏名

連絡先(

)

担当される先生へ

認知症の人を介護している家族は、不安を抱えている本人の横で症状などを先生に伝えることは難しく、聞きたいこともまとまらずにあまり話ができなかったという悩みを持っているようです。

そこで本人の状況や介護のことなどを、本人・家族が先生に、簡潔に伝えるための道具としてこの手帳を作成いたしました。限られた診察時間の中で有効に活用していただきたいと願っております。何卒よろしくお願い致します。



本人・家族の皆様へ

- これは日記ではありません。受診の時に本人の状況や介護について、担当の先生に伝えやすくするための手帳です。
- お薬の情報は 1冊の「お薬手帳」にまとめて、この受診手帳のポケットに挟んで、一緒に先生に診てもらいましょう。
- この手帳は大事な個人の記録です。紛失しないよう気を付けましょう。



◎この手帳は1冊300円で、「NPO 法人北海道ひまわりの会」が販売しております。

主な介護者 氏名 続柄
介護の協力者(サービスは除く) いない いる(子供 親族 知人)

認知症の主治医・医療機関 (入院した場合も記入)

医療機関名	いつから	主治医名
	年 月	

認知症の診断

診断名	診断年月日	診断時の年齢
	年 月 日	歳
	年 月 日	歳
	年 月 日	歳

認知症の薬 (認知症の症状対応の薬も含む)

薬の名前	年/月/日から
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

以前にかかった大きな病気

病名	いつ頃	治療
	年 月	外来 / 入院
	年 月	外来 / 入院
	年 月	外来 / 入院

現在、認知症以外の治療中の病気

病名/病状	いつから	医療機関名
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	

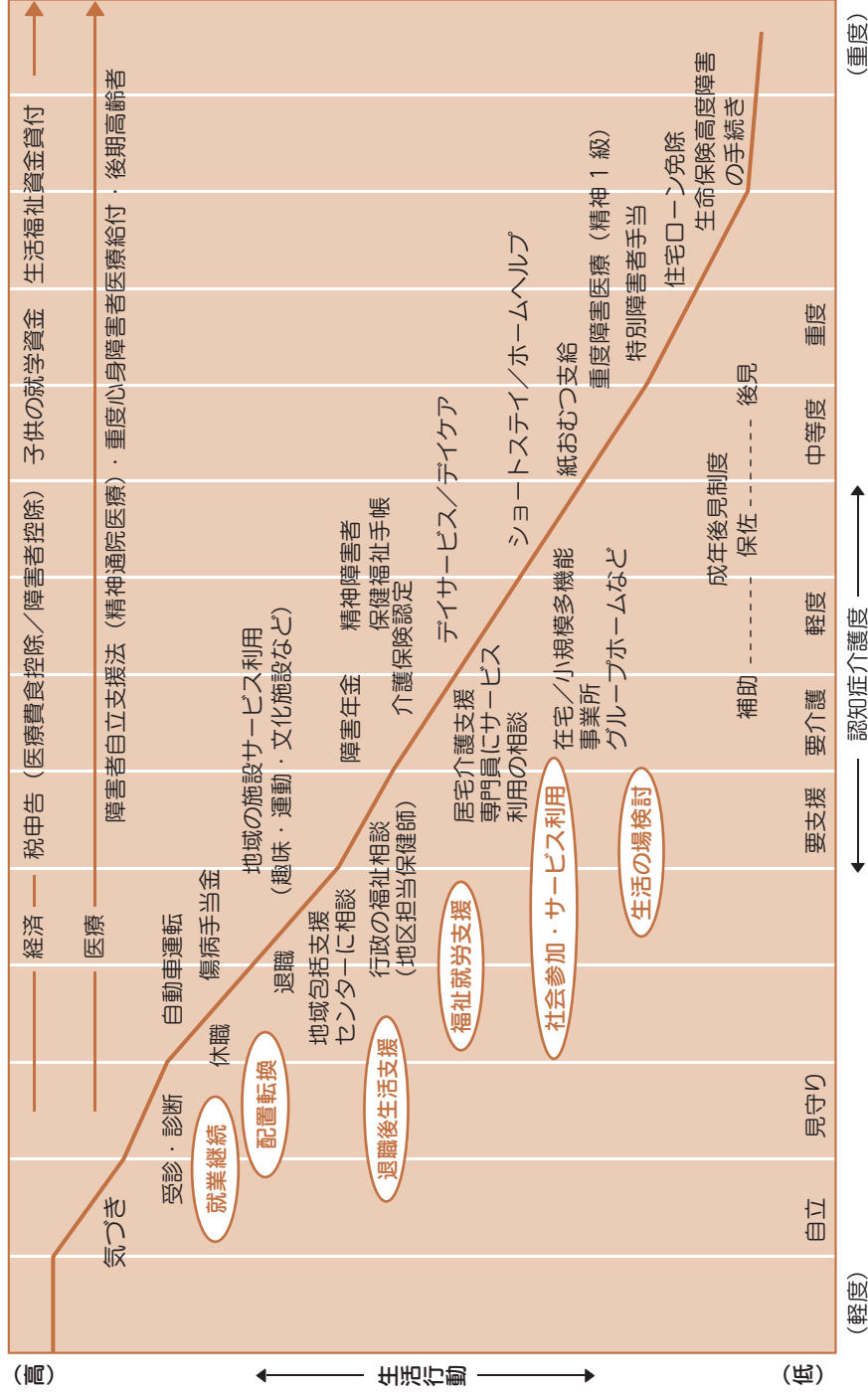
現在の医療費 ○印をつける

- ① 生活保護医療給付
- ② 健康保険 勤め先の社会保険・国民健康保険 割負担
- ③ 自立支援法精神通院医療費 自己負担 円
- ④ 重度心身障害医療給付(通院のみ) 1割負担
- ⑤ 後期高齢者医療制度(65～74歳で障害の認定うけた者) 1割負担

現在の公的制度の利用状況 利用しているものに○印をつける

- ① 介護保険認定(要支援 1. 2 要介護 1. 2. 3. 4. 5.) 未認定
- ② 精神保健福祉手帳 3級 2級 1級
- ③ 障害年金(厚生・共済・国民) 3級 2級 1級
- ④ 特別障害者手当
- ⑤ 住宅ローン返済免除
- ⑥ 生命保険重度障害特約
- ⑦ 成年後見制度 後見者
- ⑧ 他

若年認知症の進行に伴う各種サービスの利用の目安



認知症の診断をうけたら

認知症の病気について正しい知識を持ちましょう。認知症の病状や進行の仕方などは、百人百様です。医療面での疑問なことは担当の先生に相談しながら、本人とともに本人の世界を理解し、対応の仕方について学んで行きましょう。

家族だけで介護をしていくのは大変なことです。主治医をはじめ医療相談室、ケアマネジャーやサービス事業所の人、そして家族の会などに相談して、介護のコツを学び、少しずつ心の不安をやわらげていきましょう。同時に本人と家族の味方になってくれる人のネットワークを築いていきましょう。

連絡先 身近な相談先や連絡先を書き留めておきましょう

名称	連絡先
NPO 法人 北海道若年認知症の人と家族の会	TEL 090-8270-2010 FAX 011-205-0804
かかりつけの医療機関	
医療相談室/地域連携室	
緊急時対応先	
ケアマネジャー	

担当のケアマネジャー（居宅介護支援専門員）氏名

事業所名

事業所名

事業所名

現在の利用サービス

〈在宅サービス〉

① デイサービス 週 回 事業所名

週 回 事業所名

週 回 事業所名

② デイケア 週 回 事業所名

③ ショートステイ 週・月 回 事業所名

週・月 回 事業所名

④ ホームヘルプ 週 回 事業所名

⑤ 訪問看護 週 回 事業所名

⑥ 訪問リハビリ 週 回 事業所名

⑦ 居宅療養管理指導（医師・歯科医・薬剤師）

⑧ 小規模多機能型居宅介護 事業所名

（デイ週 回・ホームヘルプ週 回、ショートステイ週・月 回）

⑨ オムツ支給サービス（利用している・利用していない）

[市町村により異なる]

⑩ 他利用サービス

〈入所・入居サービス〉

（グループホーム・老人保健施設・特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・高齢者住宅）

施設名

施設名

これまでのサービス利用の経過表

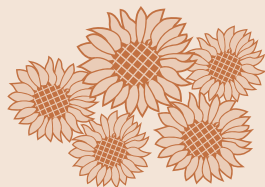
診断月日 年 月

該当する空欄に月を入れましょう

サービス	年	年	年	年	年	年
傷病手当						
雇用保険						
精神保健福祉手帳						
身体障害者手帳						
障害年金						
自立支援法精神通院医療						
重度心身障害者医療給付						
後期高齢者医療・障害認定						
特別障害者手当						
住宅ローン支払い免除						
生命保険重度障害特約						
成年後見制度						
おむつ支給サービス						
介護保険 介護度						
デイサービス / デイケア						
ショートステイ						
ホームヘルプ						
訪問看護						
訪問リハビリ						
居宅療養管理指導（医師・歯科・薬剤師）						
小規模多機能（デイ・ショート・ヘルパー）						
入所（グループホーム・老健・特養・有料ホーム）						
入院						

記入にあたって

- 裏表紙の折り返しを、記入時の下敷きとして使ってください。
- 経過記録は複写になっています。**ボールペンで記入してから、ミシン線に沿って切り取り、医師に渡すことができます。
- 記入する時は、
 - できるだけありのままの具体的な言葉で、要点を**記入しましょう。
 - 前回受診時からの変化を伝えるように**していきましょう。
 - 薬が変わったり増減があった時は、気になったことや良くなったこともきちんと伝えましょう。
 - メモ欄は自由にお使いください。**ケアマネジャーやサービス事業所の方にも記入してもらい、医師にみてもらうことも出来るでしょう。



年 月 日 本人氏名 _____

1. 本人の体調 該当のところに○をつけましょう

睡眠 よく眠る 寝つきが悪い よく目が覚める

食欲 ある 普通 ない **むせこみ** ない ある

排尿 普通 頻回

排便 普通 便秘 下痢 [パット 紙パンツを使用]

他 _____

2. 本人の気分 (例：最近落ち着きない／聞くとすぐ怒る／冗談を言うと笑う)

3. 本人の生活上の変化 (例：本人の行動や身辺動作／会話や人との関わりなど)

4. 介護者の具合 (例：疲れ／イライラ／不眠／持病／最近落ち着いてきた)

5. 特に伝えたいこと・聞きたいこと

(例：薬が変わった場合の変化／良くなったこと／困っていること／心配なことなど)

メモ 年 月 日 (次回の受診日や、先生が話された内容をメモしましょう)

1. 本人の体調 該当のところに○をつけましょう

睡眠 よく眠る 寝つきが悪い よく目が覚める

食欲 ある 普通 ない **むせこみ** ない ある

排尿 普通 頻回

排便 普通 便秘 下痢 [パット 紙パンツを使用]

他

2. 本人の気分 (例: 最近落ち着きない / 聞くとすぐ怒る / 冗談を言うと笑う)

3. 本人の生活上の変化 (例: 本人の行動や身辺動作 / 会話や人との関わりなど)

4. 介護者の具合 (例: 疲れ / イライラ / 不眠 / 持病 / 最近落ち着いてきた)

5. 特に伝えたいこと・聞きたいこと

(例: 薬が変わった場合の変化 / 良くなったこと / 困っていること / 心配なことなど)

メモ 年 月 日 (次回の受診日や、先生が話された内容をメモしましょう)

.....
.....
.....

下敷きとして利用して下さい

相談窓口

若年性認知症コールセンター (全国どこからでも通話無料)

TEL 0800-100-2707 月曜日～土曜日(祝日、年末年始を除く)
10:00～15:00

▶厚生労働省の委託を受け「認知症介護研究・研修大府センター(愛知県)」が実施しています。

北海道認知症コールセンター

TEL 011-204-6006 月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く)
10:00～15:00

▶「北海道認知症の人を支える家族会」が運営し介護を経験している家族の会が、相談に応じます。

札幌市認知症コールセンター

TEL 011-206-7837 月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く)
10:00～15:00

地域包括支援センター

▶お住まいの市町村の地域包括支援センターが保健・医療・福祉・介護の相談窓口です。

NPO法人北海道若年認知症の人と家族の会
(通称:北海道ひまわりの会)

TEL 090-8270-2010 毎週火・水・木曜日
10:00～15:00

2015年9月

発行

NPO法人北海道若年認知症の人と家族の会(通称:北海道ひまわりの会)
札幌市中央区北3条西7丁目1-1 緑苑ビル608号室
TEL 011-205-0804(火・水・木のみ)