

好きなこと、どんな暮らしがしたいか

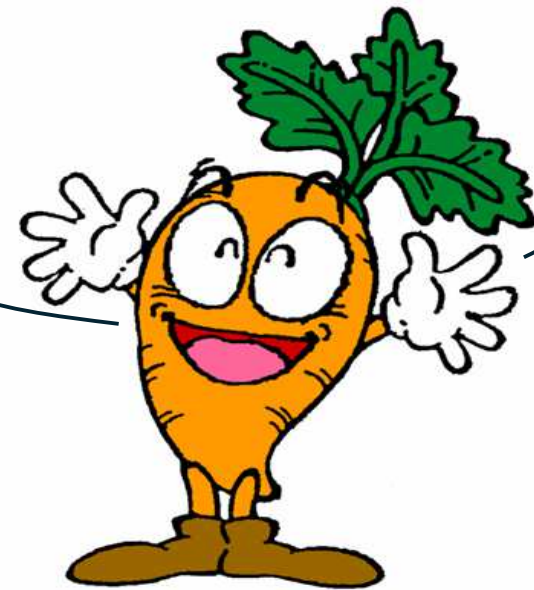
- ・近所への散歩や買い物を続けたい。
- ・花の手入れや畑仕事を楽しみながら過ごしたい。
- ・できるだけ自分のことは自分で行いたい。
- ・地域の集まりや趣味活動に参加しながら生活したい。
- ・自宅で家族と穏やかに過ごしたい。

困っていること、心配なこと

- ・足腰が弱くなり、転ぶことが増えてきた。
- ・一人での外出に不安がある。
- ・もの忘れが増えてきた。
- ・今後も自宅での生活が続けられるか不安。
- ・家族に負担がかかっていないか心配。

記入例

わたしを
てちょ
ささえ手帳!



氏名： 菊陽 太郎

作成：菊陽町（菊陽町在宅医療・介護連携推進協議会）

基本情報シート

◆ご本人について

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

氏名	菊陽 太郎	生年月日	昭和20年1月1日
住所	菊陽町 大字久保田〇〇〇		
緊急 連絡 先	氏名： 菊陽 花子 続柄： 長女		
	電話番号： 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
世帯	☐ 独居 ☒ 家族と同居 ☐ その他 ()		

◆かかりつけ医・かかりつけ薬局

病院	〇〇病院	医師	〇〇先生
電話	096-〇〇〇-〇〇〇〇	備考	

病院	〇〇クリニック	医師	〇〇先生
電話	096-〇〇〇-〇〇〇〇	備考	

病院 薬局		医師 薬剤師	
電話		備考	

◆関係連絡先一覧（ケアマネジャー、相談支援センター等）

【 ケアマネジャー 】

事業所	居宅介護支援事業所〇〇	連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇
担当者	〇〇 〇〇	備考	

【 訪問看護 】

事業所	〇〇訪問看護ステーション	連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇
担当者	〇〇 〇〇	備考	

【 通所リハビリ 】

事業所	〇〇通所リハビリテーション	連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇
担当者	〇〇 〇〇	備考	

【 介護保険利用施設 】

事業所		連絡先	
担当者		備考	

記入例

記入例

◆連絡シート（記入日 令和8年6月1日）

発信（どこから）	宛先（どこへ）
☒ 本人 ☐ 家族 ☐ ケアマネ ☐ 薬局 ☐ 医療機関 ☐ 訪看 ☐ 介護事業所 ☐ 地域包括	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ ケアマネ ☒ 薬局 ☐ 医療機関 ☐ 訪看 ☐ 介護事業所 ☐ 地域包括
連絡事項	
最近、薬を飲み忘れることが増えています。	
記入者氏名： 本人 機関名： 連絡先：	

◆連絡シート（記入日 令和8年6月4日）

発信（どこから）	宛先（どこへ）
☐ 本人 ☐ 家族 ☐ ケアマネ ☒ 薬局 ☐ 医療機関 ☐ 訪看 ☐ 介護事業所 ☐ 地域包括	☒ 本人 ☒ 家族 ☒ ケアマネ ☐ 薬局 ☒ 医療機関 ☐ 訪看 ☐ 介護事業所 ☐ 地域包括
連絡事項	
薬の管理に不安があるようでした。 服薬状況について、主治医へ情報提供を行いました。	
記入者氏名： 薬剤師 ○○ 機関名： ○○薬局 連絡先：	

◆連絡シート（記入日 令和8年6月6日）

発信（どこから）	宛先（どこへ）
☐ 本人 ☐ 家族 ☒ ケアマネ ☐ 薬局 ☐ 医療機関 ☐ 訪看 ☐ 介護事業所 ☐ 地域包括	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ ケアマネ ☐ 薬局 ☐ 医療機関 ☐ 訪看 ☒ 介護事業所 ☐ 地域包括
連絡事項	
訪問時に歩行状態のふらつきがありました。 サービスの利用状況に変化はありません。	
記入者氏名： ケアマネジャー ○○ 機関名： 居宅介護支援事業所 ○○ 連絡先：	

◆連絡シート（記入日 令和8年6月10日）

発信（どこから）	宛先（どこへ）
☐ 本人 ☐ 家族 ☐ ケアマネ ☐ 薬局 ☐ 医療機関 ☐ 訪看 ☒ 介護事業所 ☐ 地域包括	☐ 本人 ☐ 家族 ☒ ケアマネ ☐ 薬局 ☐ 医療機関 ☐ 訪看 ☐ 介護事業所 ☐ 地域包括
連絡事項	
膝の痛みにより、歩行時のふらつきがあるようでした。 体操や運動は無理のない範囲で取り組まれています。	
記入者氏名： 理学療法士 ○○ 機関名： ○○通所リハビリテーション 連絡先：	