

【2018年度～】

在宅版

在宅ケア連携手帳

～安らぎとやさしさ自分らしさを支える～



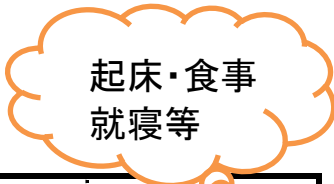
かすみがうらにゃ

ふりがな
氏名

発行：かすみがうら市地域包括支援センター

☺週間サービス一覧(プランを貼付しても可)

記載日： 年 月 日



	月	火	水	木	金	土	日	一日の過ごし方
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

備考(その他のサービス利用状況等)

☺ご自分の状況をまとめてみましょう

記載日： 年 月 日

暮らしの様子	* 当てはまるところに☑(チェック)を入れてください。		
	外出	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 外出しない (特記：)
	車の運転	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 免許がない (特記：)
	歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 車いす使用 (特記：)
	掃除	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
	買物	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 連れて行ってもらえばできる <input type="checkbox"/> お願いする (特記：)
	お金の管理	<input type="checkbox"/> 自分で管理	<input type="checkbox"/> 家族が管理 (特記：)
	食事の支度	<input type="checkbox"/> 自分で作る	<input type="checkbox"/> 買ってくる <input type="checkbox"/> 家族が用意 (特記：)
	食べる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 用意してもらえば食べられる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう (回数： 回/日, 主食：ごはん・粥・パン)
	薬をのむ	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう (声かけ・仕分け) (特記：)
	着替え	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
	トイレ	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 全部お願い (ポータブルトイレ・オムツ・パッド) (特記：)
	入浴	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
	身だしなみ (はみがき・洗顔・整髪など)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
通院	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 連れて行ってもらおう <input type="checkbox"/> 医師が往診 (特記：)	

	義歯 <input type="checkbox"/> あり（総義歯・部分義歯） <input type="checkbox"/> なし 義歯の手入れ <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 飲酒 <input type="checkbox"/> あり（1日 合） <input type="checkbox"/> なし 喫煙 <input type="checkbox"/> あり（1日 合） <input type="checkbox"/> なし 視力 <input type="checkbox"/> 低下あり（ ） <input type="checkbox"/> 問題なし 聴力 <input type="checkbox"/> 低下あり（ ） <input type="checkbox"/> 問題なし 睡眠 <input type="checkbox"/> 眠れない（ ） <input type="checkbox"/> 問題なし 飲み込み <input type="checkbox"/> 飲みこみにくい（ ） <input type="checkbox"/> 問題なし
今までの生活	
趣味・楽しみ・特技	
家族の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居（ 人： ）
過一日の過ごし方	
既往歴	●診断名①： いつから： 病院名： ●診断名②： いつから： 病院名： ●診断名③： いつから： 病院名：
その他	アレルギー <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし 人工透析 <input type="checkbox"/> あり（右手・左手） <input type="checkbox"/> なし インスリン注射 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他（ ）

【リハビリテーションの記録】

記載日： 年 月 日

わたしの目標

(例) 30分歩けるようになって、買い物へ行く。

自宅でのリハビリメニュー

1	4
2	5
3	6

運動時の注意事項・禁忌

