

【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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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<br><input type="checkbox"/> お願いする<br>(特記： )                     |
|        | お金の管理                        | <input type="checkbox"/> 自分で管理   | <input type="checkbox"/> 家族が管理<br>(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<br>(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<br><input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう<br>(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)<br>(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<br>(特記： )                           |
|        | トイレ                          | <input type="checkbox"/> できる   | <input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらおう<br><input type="checkbox"/> 全部お願い (ポータブルトイレ・オムツ・パッド)<br>(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<br>(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<br>(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<br>(特記： ) |  |

|           |  |
|-----------|--|
|           | 義歯 <input type="checkbox"/> あり（総義歯・部分義歯） <input type="checkbox"/> なし<br>義歯の手入れ <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない<br>飲酒 <input type="checkbox"/> あり（1日 合） <input type="checkbox"/> なし<br>喫煙 <input type="checkbox"/> あり（1日 合） <input type="checkbox"/> なし<br>視力 <input type="checkbox"/> 低下あり（ ） <input type="checkbox"/> 問題なし<br>聴力 <input type="checkbox"/> 低下あり（ ） <input type="checkbox"/> 問題なし<br>睡眠 <input type="checkbox"/> 眠れない（ ） <input type="checkbox"/> 問題なし<br>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 :<br>いつから :<br>病院名 :<br>● 診断名② :<br>いつから :<br>病院名 :<br>● 診断名③ :<br>いつから :<br>病院名 :  |
| その他       | アレルギー <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし<br>人工透析 <input type="checkbox"/> あり（右手・左手） <input type="checkbox"/> なし<br>インスリン注射 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>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







