

No.

---

みんなの連携ノート

# かも丸ノート



かも丸ネット

氏 名
平成    年    月 ~ 平成    年    月



## かも丸ノート とは

このノートは、ご本人やご家族、医療・介護の関係者等が、ご本人の情報を共有することで、症状の変化等に早く気づき、地域で安心して暮らしていけるよう、関係者が一緒になり支援を考えていくことを目的としています。

日頃の出来事や思い、困っていることなどを医療機関や介護関係者などへ伝えることができます。

ご本人・ご家族



かかりつけ医  
歯科・薬局 など



介護サービス  
事業所 など

日常生活の現状や症状の変化に気づくことで、円滑に専門的な診断や適切な治療につながります。

日常生活や医療機関への受診結果、服薬の状況が分かり、ご相談時やケアプランの作成などに活かすことができます。

この連携ノートは地域在宅医療連携推進事業の一環として岐阜県からの補助金をもとに作成、発行しています。

## 【このノートの使い方】

- このノートは、加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会（通称：かも丸ネット）が発行します。使い方で分からないことがありましたら、裏表紙の「お問い合わせ先」にご連絡ください。
- ケアマネジャー等が準備してお渡しします。
- このノートは、医療機関受診の際や、介護サービス（ショートやデイ）利用の際には必ず持参しましょう。
- 検査データ結果の記入、あるいは結果票の貼付等をしてください。
- お薬については、お薬手帳を使ってください。
- 自分以外の人に伝えたいことがある時などに、ノートを役立てていただきます。わかりやすく短い表現で記入してください。
- ケアプラン更新時に、ノートの更新をします。（基本年1回とします。）
- 使用済みのノートは保管しておいてください。

# 目 次

---

1. 本人・家族のページ	4
2. ケアマネジャーのページ	6
3. 医療・介護等に関わっている機関一覧表	10
4. 医療機関のページ	12
5. 歯科のページ	18
6. 検査結果	20
7. 体重管理のページ	23
8. 訪問看護のページ	24
9. 訪問リハビリテーションのページ	26
10. かかりつけ薬局のページ	28
11. 栄養士のページ	30
12. 介護の連絡事項	32



# 1. 本人・家族のページ

## 【本人の情報】

(記入日： 年 月 日)

①	フリガナ 名前	(男・女)
	住所	
	生年月日	T・S・H 年 月 日 ( 歳)

② 主たる介護者  <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	氏名：	(続柄)
	連絡先 TEL：	
	連絡先携帯：	

③ 従たる介護者  <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	氏名：	(続柄)
	連絡先 TEL：	
	連絡先携帯：	

④ 緊急連絡先	氏名：	TEL：
---------	-----	------

⑤ 現在の家族構成				
名前：	続柄：	年齢：	住所：	(別居・同居)
名前：	続柄：	年齢：	住所：	(別居・同居)
名前：	続柄：	年齢：	住所：	(別居・同居)
名前：	続柄：	年齢：	住所：	(別居・同居)
名前：	続柄：	年齢：	住所：	(別居・同居)

⑥ 介護保険

要支援 1 ・ 2

要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

⑦ 障がい手帳の有無

身体 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ) 級

( 内容 )

精神 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) 級

療育 ( A ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 )

【障害支援区分】 区分 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 )

⑧ 現在の状態像

病名 (治療中の病気)

.....

既往歴

.....

.....

.....

⑨ 受けているサービス

訪問診療

訪問歯科診療

訪問看護

訪問介護

訪問リハビリ

訪問入浴

デイサービス

デイケア

ショートステイ

福祉用具貸与

その他 (

)

\* 今後希望するサービス

\_\_\_\_\_

※途中利用サービスの追加等があった際は、変更日等をフリー記入してください。

( 記入者 : )

## 2. ケアマネジャーのページ

【担当ケアマネジャー 連絡先】 (記入日： 年 月 日)

所 属	
フリガナ 名 前	
電 話	
携 帯	
F A X	

### 『介護認定情報』

認定年月日 年 月 日 ( 初回 ・ 継続 )

認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

区 分 支1 ・ 2 / 介1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5



## 『現在のケアプラン』

---

※ ケアプラン（週間サービス計画表・居宅サービス計画書 など）の  
コピーをホチキス等で添付してください。



A series of 20 horizontal dashed lines spanning the width of the page, intended for writing or drawing.

### 3. 医療・介護等に関わっている機関一覧表

#### ① 医科（かかりつけ医） \* 緊急時搬送希望医療機関に◎チェック！

主たる医療機関	(TEL : )
その他専門医療機関	(TEL : )

#### ② 歯科（かかりつけ歯科医）

主たる医療機関	(TEL : )
その他専門医療機関	(TEL : )

#### ③ 薬科（かかりつけ薬局）

主たる薬局	(TEL : )
その他薬局	(TEL : )

#### ④ 医療・介護サービス

訪 問 看 護	事業所： TEL：
訪問リハビリ	事業所： TEL：
訪 問 介 護 (ヘルパー)	事業所： TEL：
通 所 介 護 (デイサービス)	事業所： TEL：
通所リハビリ (デイケア)	事業所： TEL：
短 期 入 所 (ショートステイ)	事業所： TEL：
福祉用具貸与 (レンタル)	事業所： TEL：
	事業所： TEL：
	事業所： TEL：

#### ⑤ その他

地域包括支援センター	事業所： TEL：
民生児童委員	事業所： TEL：
ボランティア	氏 名： TEL：















### 歯と口の状態

- 清掃の状態 良好 不良 著しく不良  
口腔乾燥 なし 軽度 重度  
口臭 なし 少しあり あり  
むし歯 なし あり (治療の緊急性 なし あり)  
歯周疾患 なし あり  
・歯肉の炎症 なし あり (発赤出血・腫れ)  
・歯の動揺 なし あり (治療の緊急性 なし あり)  
口腔軟組織疾患  
なし あり (治療の緊急性 なし あり)  
義歯の使用状況  
上顎 あり なし / 下顎 あり なし  
かみ合わせの安定 あり (片側・両側) なし  
義歯製作 (修理等) の必要性 なし あり

### 口腔機能の状態

- 咀嚼機能 良好 ふつう 不調  
摂食・嚥下機能 良好 ふつう 不調  
発音機能 良好 ふつう 不調

### 治療と口腔ケアの難しさ

- 意思疎通 可能 困難 不可能  
経管栄養 ない ある→胃ろう 経鼻 その他  
座位保持 良好 やや不良 不良  
開口保持 可能 困難 不可能  
含嗽 (うがい) 可能 困難 不可能→むせ

## 6. 検査結果

※ 検査結果などのデータを貼付しましょう。



A series of 20 horizontal dashed lines spanning the width of the page, providing a template for handwriting practice.





## 8. 訪問看護のページ

【担当訪問看護師 連絡先】

(記入日： 年 月 日)

所 属	
フリガナ 名前	
電 話	
携 帯	
F A X	

『 訪問看護師さんのコメント 』

<p>.....</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





## 『今後の計画』

A large rectangular area for writing, bounded by horizontal dotted lines. A vertical solid line is positioned on the left side, approximately one-fifth of the way across the page, creating a margin for writing.

## 10. かかりつけ薬局のページ

(記入日： 年 月 日)

薬 局 名	
薬 剤 師 名	
連 絡 先 電 話	
F A X	

### 【 服薬状況 】

① 服薬介助

自己管理

要介助 → 薬の管理・介助者

( )

② コンプライアンス

良

(処方箋どおりの  
服用・使用)

不良

③ 飲み込み

錠剤 ( 可・不可・小さいものなら可 )

散剤 ( 可・不可 )

胃ろう

**【 服薬によるADL（日常生活動作）への影響 】**

食 事	
排 泄	
睡 眠	
運 動	
そ の 他	

**【 生活パターン 】**

① 食事の回数 [            ] 回（朝・昼・夜）

② 起 床 [            時 ]

夕 食 [            時 ]

就 寝 [            時 ]

③ 特記すべき事項

{

# 11. 栄養士のページ

(記入日： 年 月 日)

所属機関名				
記入者氏名				
面談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
調理担当者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 流動食			
主な食事内容 食事時間 水分摂取	朝食	昼食	夕食	間食
	:	:	:	:
食欲	<input type="checkbox"/> 亢進 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 減退 <input type="checkbox"/> 食べれない			
日常活動量	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 寝たきり			
身長・体重	身長            cm / 体重            kg / BMI :			
体重の増減	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			
便通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 便秘傾向( ) <input type="checkbox"/> 下痢傾向( )			
※ 栄養指標	Alb            g/dl ・ TP            g/dl ・ Hb            g/dl			
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 中等度障害 <input type="checkbox"/> 高度障害			
1日の目標量	エネルギー            kcal / 水分            ml タンパク質            g			

※ Alb: アルブミン    TP: 総蛋白    Hb: ヘモグロビン

食事に関して困っている事

- なし
- あり

( )

栄養上の問題

- なし
- あり

( )

治療食について

- 心臓病食

糖尿病食 カロリー \_\_\_\_\_ kcal / 脂質量 ( \_\_\_\_\_ )

腎臓病食 塩分 \_\_\_\_\_ g / 水分量 ( \_\_\_\_\_ )

高血圧食 タンパク質 \_\_\_\_\_ g

主治医の指示

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

栄養士さんのコメント

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

## 12. 介護の連絡事項

※ 連絡が必要な事項のみ

発 信	返 信
(記入のしかた)	(記入のしかた)
日付 記入者 A さん → 伝言者 B さん	日付 所属 氏名 (伝言者 B さん)
内容 (わかりやすく短い言葉で伝える)	内容 (記入者へ簡潔に指導事項等記入)
* 時系列で記入します。日付と、誰から誰へ発信するのか明記します。	* 電話等其他の方法で対応した場合も、その旨を記入します。
(発信記入例①) ・H27.6.10 ケアマネ → Dr 背中に皮膚疾患あり。診察願います。	(返信記入例①) ・H27.6.25 ●●クリニック Dr○○ 背中 of 皮膚は異常がみられないが、乾燥による肌荒れがみられるため、保湿剤処方。しばらく要観察。
(発信記入例②) ・H27.6.20 デイ S → ケアマネ 食事介助時、むせられることが多くなっています。対応ください。	(返信記入例②) ・H27.6.30 ケアマネ○○ → デイ S 主治医に確認後、家族と調整しトロミ食に変更します。
(発信記入例③) ・H27.6.25 ヘルパー → ケアマネ 最近本人から「眠れない。」との訴えをよく聞きます。アドバイスをお願いします。	(返信記入例③) ・H27.6.30 ケアマネ○○ → ヘルパー 訪問し主治医に相談されるようお勧めしました。まずは傾聴をお願いします。
(発信記入例④) ・H27.7.26 デイ C → 訪問 Ns オムツ内に血液や膿の汚染が少々ありました。対応をお願いします。	(返信記入例④) H27.7.26 訪問 Ns○○ → デイ C 本人帰宅後対応。デイ C 電話連絡済み。

\* 医療・介護職等の略称

Dr (医師)・DDS (歯科医師)・PhC (薬剤師)・Ns (看護師)・ケアマネ (ケアマネジャー)・PT (理学療法士)・OT (作業療法士)・ST (言語聴覚士)・ヘルパー (訪問介護員)・デイ S (デイサービス・通所介護)・デイ C (デイケア・通所リハビリ)・ショート (ショートステイ・短期入所)・レンタル (福祉用具貸与)・MSW (医療ソーシャルワーカー)・包括 (地域包括支援センター)

発 信

返 信



発 信

返 信



発 信

返 信



発 信

返 信





# 同意書

このたび、みんなの連携ノート「かも丸ノート」の利用について、担当ケアマネジャーから説明を受け、よく理解しました。「かも丸ノート」の利用について同意します。

同意日 平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_



## お問い合わせ先

### 美濃加茂市西部長寿支援センター

〒505-0037 岐阜県美濃加茂市前平町 1-257 / TEL 0574-24-7007

### 美濃加茂市中部長寿支援センター

〒505-0032 岐阜県美濃加茂市田島町 1-31 / TEL 0574-49-8591

### 美濃加茂市東部長寿支援センター

〒505-0011 岐阜県美濃加茂市下米田町東栃井 81-2 / TEL 0574-50-1777

### 坂祝町地域包括支援センター

〒505-8501 岐阜県加茂郡坂祝町取組 46-18 / TEL 0574-25-7575

### 富加町地域包括支援センター

〒501-3392 岐阜県加茂郡富加町滝田 1545 / TEL 0574-54-2184

### 川辺町地域包括支援センター

〒509-0393 岐阜県加茂郡川辺町中川辺 1518-4 / TEL 0574-53-2511

### 七宗町地域包括支援センター

〒509-0401 岐阜県加茂郡七宗町上麻生 2152-1 / TEL 0574-48-2046

### 八百津町地域包括支援センター

〒505-0301 岐阜県加茂郡八百津町八百津 3827-1 / TEL 0574-43-3267

### 白川町地域包括支援センター

〒509-1106 岐阜県加茂郡白川町坂ノ東 5770 / TEL 0574-79-0033

### 東白川村地域包括支援センター

〒509-1302 岐阜県加茂郡東白川村神土 692-2 保健福祉センター内 / TEL 0574-78-3027



かも丸ネット



発行：加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会

平成 30 年 3 月 改訂