

はじめに

このノートは、病院での検査内容や普段飲むお薬など、ご自身の情報を書くことで、かかりつけ医、訪問看護ステーション、デイサービス、訪問介護、地域包括支援センターなどで、情報を共有し、スムーズに治療や介護が受けられることを目指した「地域連携パス」です。ご自身もしくはご家族で大切に保管していただき、医療機関の受診や介護保険サービス利用の際に出せるよう、**常に携帯して**いただければ幸いです。

また、このノートに書かれた情報は個人情報です。関係機関の皆様には個人情報保護にご配慮いただくと共に、趣旨に賛同いただき、積極的に活用していただければ幸いです。何卒よろしく申し上げます。

このノートは次のような内容になっています

[基本]地域連携同意書	項目：1・2（青色）
[わたしのプロフィール]	項目：3・4（桃色）
[認知症チェックシート]	項目：5（桃色）
[問診表（認知症の症状がある方）]	項目：6（桃色）
[認知症進行度チェック表].	項目：7・8（黄色）
[主治医・医師 記載欄]	項目：9・10（赤色）
[内服薬説明書 貼り付け欄]	項目：11（赤色）
[血液検査等結果 貼り付け欄]	項目：12（赤色）
[予防接種等 記入・貼り付け欄]	項目：13（赤色）
[介護保険の情報]	項目：14・15（緑色）
[現在治療中の合併症と治療薬]	項目：16（緑色）
[わたしのあしあと]	項目：17（桃色）
[もしもの時のために]	項目：18・19（桃色）
[メッセージ（伝えたいこと）]	項目：20・21（桃色）

各ページについて誰が書くのか、色別で示してあります。

※ただし、色分けは原則であり、他の方が書いても構いません

- 青色 = 本人・家族・各関係機関用
- 桃色 = 本人・家族用
- 黄色 = 家族・介護機関用
- 赤色 = 医療機関用（かかりつけ医・専門医等）
- 緑色 = 介護支援専門員（ケアマネジャー）用