

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たら幸いです。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。 (ページ番号)

[基本]地域連携同意書	02・03 (青色)	●
[わたしのプロフィール]	04・05 (桃色)	●
[認知症チェックシート]	06 (桃色)	●
[問診表 (認知症の症状がある方)]	08 (桃色)	●
[認知症進行度チェック表].	09・10 (黄色)	●
[主治医・医師 記載欄]	12・13 (赤色)	●
[内服薬説明書 貼り付け欄]	14 (赤色)	●
[血液検査等結果 貼り付け欄]	15 (赤色)	●
[予防接種等 記入・貼り付け欄]	16 (赤色)	●
[介護保険の情報]	17・18 (緑色)	●
[現在治療中の合併症と治療薬]	19 (緑色)	●
[わたしのあしあと]	20 (桃色)	●
[もしもの時のために]	21～24 (桃色)	●
[メッセージ (伝えたいこと)]	25・26 (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