

No.

年 月 日 ~ 年 月 日

川西市 つながりノート II

～情報共有連絡票・日々の記録・
医療情報・介護情報など～

あなたの安心をみんなで支えます



川西市・猪名川町の
医療機関を受診する時
介護サービスを利用する時
薬局で薬を調剤してもらう時
必ずこのノートを見せましょう

氏名

このノートは、ご本人とご家族が、ご自分の住む地域で、医療と介護を安心して受けることができることを願い作成しました。

ご本人の症状やその経過、検査結果、服薬状況、日常生活状況などの情報を記録して、かかりつけ医や専門医、地域包括支援センター職員や、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護サービスの提供者等で、情報を共有して適切な医療や介護を行うために利用します。

医療機関へ受診の時や、介護サービスを利用する時、薬局で薬を調剤してもらう時にはこのノートを携帯して見せていただくようお願いいたします。

川西市・川西市医師会・大阪大学

このノートの構成（目次）

つながりノートⅡ（オレンジ色のファイル）

～情報共有連絡票・日々の記録・

医療情報・介護情報など～

つながりノートについて・つながりノートの構成・・・	1
医療介護の基本は・・・	2
ご本人・ご家族様・・・	3
ケアマネジャー様・・・	4
薬剤師様・・・	5
かかりつけ医・主治医様・・・	6
情報共有連絡票（黄色のページ）・・・	Ⅱ-1
日々の記録・・・	Ⅱ-2
医療情報のページ・・・	Ⅱ-3
くすりのページ・・・	Ⅱ-4
認定情報・介護情報・・・	Ⅱ-5
サービス担当者会議・地域ケア会議・・・	Ⅱ-6
1週間のスケジュール・・・	Ⅱ-7

※つながりノートⅡのほかに下記の冊子があります。

つながりノートⅠ（ピンク色のノート）

～基本情報・人生会議（ともに医療・介護・福祉
について話し合しましょう）～

つながりノートⅢ（青色のノート）

～資料編～

※Ⅱ-1～7のページの補充について

追加が必要な場合はケアマネジャーに連絡し補充してください。

医療・介護の基本は

医師の診察を受けて原因となる疾患を知ることです。

その人に合った適切な医療・介護を受けて

穏やかな生活を長く続けましょう。

本人と家族



本人と家族がわかる事、
気付いた事を書き込みます。

「つながりノート」は、
受診時・入院時・薬局で
処方箋を受け取る時、
介護関係のサービスを利用するとき受付など
にお出してください。

医療機関

かかりつけ医
サポート医
専門医
薬局
など



医療的な内容について
書き込みます。

介護機関

ケアマネジャー
通所施設
訪問介護
訪問看護
短期入所
など



介護的な内容について
書き込みます。

ご本人・ご家族 様

つながりノートへのご協力をお願い

このノートは、ご本人に関わるかかりつけ医・薬剤師などの医療関係者やケアマネジャー・サービス提供者などの介護関係者とご本人・ご家族との連携を円滑にし、よりよい診療やケアを提供するために使用します。

1 「つながりノートⅠ」（ピンク色のノート）の「基本情報」3ページ～8ページについて

- ・記入できるところは、書いてください。ご本人のことを関係者に知ってもらうためのページです。
- ・書くのが大変なら、決してご無理はなさないでください。関係者の記録にお目通しください。
- ・「**人生会議**」についてはP9～です。もしものときのために、望む医療やケアについて考えてみましょう。

2 「つながりノートⅡ」（オレンジ色のファイル）の「情報共有連絡票」（黄色のページ）について

- ・医療関係者や介護関係者等への連絡事項や質問等に積極的に活用ください。
- ・記載されている内容を確認したら、下欄に日付と押印、又はサインのご記入をお願いいたします。

3 「つながりノートⅡ」（オレンジ色のファイル）の「日々の記録」について

- ・さまざまな様子を記録し、関係者と情報共有することで、今後の介護の工夫に役立てたり、ご本人の変化に気づき、早期の薬の変更や症状の悪化を防ぐことも可能になると考えられます。
- ・現在治療中のあらゆる病気についても記録しておくことで、もし病院や施設に入院や入所になった場合でも、このノートを提示すれば、これまでの様子をご理解いただけます。

4 紛失することのないよう、十分保管には気をつけてください。

5 Ⅱ-1～7のページの補充について

- ・追加が必要な場合はケアマネジャーに連絡し補充してください。

【ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。】

川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター

電話:072-755-4100 FAX:072-755-4110

川西市中央地域包括支援センター

電話:072-755-7581 FAX:072-740-2003

ケアマネジャー 様

つながりノートへのご協力をお願い

このノートは、ご本人に関わるかかりつけ医・薬剤師などの医療関係者やケアマネジャー・サービス提供者などの介護関係者とご本人・ご家族との連携を円滑にし、よりよい診療やケアをしていただくために使用します。

1 「つながりノートⅠ」（ピンク色のノート）の「基本情報」3ページ～8ページについて

- ・基本的にはご本人・ご家族に書いていただきますが、記入が困難な方には、是非、お手伝いをお願いします。
- ・ケアマネジャーの皆様から記載したほうが良い内容があれば、ご記入をお願いします。
- ・「**人生会議**」についてはP9～です。ご本人やご家族が考えられる際、必要に応じてサポートをお願いします。

2 「つながりノートⅡ」（オレンジ色のファイル）の「情報共有連絡票」（黄色のページ）について

- ・医療関係者や介護関係者等への連絡事項や質問等に積極的に活用してください。
- ・記載されている内容を確認されたら、下欄に日付と押印、又はサインのご記入をお願いいたします。

3 「つながりノートⅡ」（オレンジ色のファイル）の「日々の記録」について

- ・介護サービス計画書作成時や担当者会議、モニタリング等に積極的に活用してください。
- ・ご本人やご家族、医療関係者と介護関係者からの重要な情報があります。また、状態変化等の経過がわかります。

4 Ⅱ-1～7のページの補充について

- ・追加が必要な場合は、適宜補充してください。

【ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。】

川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター

電話：072-755-4100 FAX：072-755-4110

川西市中央地域包括支援センター

電話：072-755-7581 FAX：072-740-2003

薬剤師 様

つながりノートへのご協力をお願い

このノートは、ご本人・ご家族、医療関係者、介護関係者と情報共有ができる連携ツールです。「つながりノート」ご利用者様には、受診時・入院時・薬局で処方薬を受け取る時など、受付へお出しく下さいとお伝えしています。

- 1 「つながりノートⅠ」（ピンク色のノート）はご本人の基本情報です。
 - ・「**人生会議**」についてはP9～です。ご本人の考えを記載するのはP16～です。参考にしてください。
- 2 「つながりノートⅡ」（オレンジ色のファイル）の「<すりのページ」の活用をお願いします。
 - ・初めての処方時とお薬の変更時、もう1枚薬剤シールを発行していただき、追加または変更した薬剤には赤線を引いて（前回の量の記載）ください。
 - ・中止された薬剤は中止日と薬剤名を記載してください。
 - ・変更ない場合は、受診日と「変更なし」と記入をお願いします。
 - ・情報共有連絡票（黄色のページ）は関係者への連絡事項や質問に積極的に活用してください。
 - ・記載されている内容を確認されたら、下欄に日付と押印、又はサインのご記入をお願いいたします。

【ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。】

川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター

電話：072-755-4100 FAX：072-755-4110

川西市中央地域包括支援センター

電話：072-755-7581 FAX：072-740-2003

かかりつけ医・主治医 様

つながりノートへのご協力をお願い

日頃より「つながりノート」について、ご理解ご協力を賜りありがとうございます。

このノートは、ご本人・ご家族、医療関係者、介護関係者と情報共有ができる連携ツールです。ご家族や関係者からご提示があった時には、ご対応のほどお願い申し上げます。

1 「つながりノートⅠ」（ピンク色のノート）は、ご本人の基本情報です。

- ・「**人生会議（ACP）**」についてはP9～です。ご本人の考えを記載するのはP16～です。参考にしてください。

2 「つながりノートⅡ」（オレンジ色のファイル）の「情報共有連絡票」（黄色のページ）をご活用願います。

- ・かかりつけ医や主治医の先生方からの情報提供などは、介護関係者、ご本人・ご家族には大変参考になり、「つながりノート」の運用を促進します。積極的に、情報提供などをお願い申し上げます。

（記載例）

- ① 皆様にお願ひ：血圧が高かったので〇〇という薬を処方しました。△△というような副作用があり得ますので、観察と情報提供をお願いします。
- ② 皆様にお願ひ：薬を飲み忘れているようです。飲み忘れのないような工夫をお願いします。
- ③ 家でじーつとしているようです。デイケアなどで運動や社会交流を持てるような生活リズムを作ってください。

- ・ご本人・ご家族、介護関係者等から先生にご質問がある場合、右欄にご回答のご記入、もしくは口頭でのご回答をお願いいたします。

- ・主治医の先生から認知症などの専門医や介護関係者に問い合わせをする場合にもこのページの左欄をご活用ください。

- ・記載されている内容を確認されたら、下欄に日付と押印、又はサインのご記入をお願いいたします。

- ・この連絡票の回答等について、診療情報提供料の算定はできません。

【ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。】

川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター

電話：072-755-4100 FAX：072-755-4110

川西市中央地域包括支援センター

電話：072-755-7581 FAX：072-740-2003

メモ

Ⅱ-2 日々の記録

医師への質問や、皆で共有すべき情報はⅡ-1 情報共有連絡票
(黄色のページ)にご記入ください。

年 月 日 ()

ご家族記入欄: 特に変化なし 以下のことがありました

記入者: 通所介護・通所リハ・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・小規模多機能型
ショートステイ・その他(事業所名)

体温: _____ °C 血圧: _____ / _____ mmHg 脈拍: _____ 回/分 呼吸: _____ 回/分

朝食: 主 / 副 / 昼食: 主 / 副 / 夕食: 主 / 副 / 間食: / ・無

リハビリ: 有・無

入浴: 有・無 [一般・介助・車イス・リフト・特浴・シャワー・部分()]

排便: 有・無(回数・形状)

処方薬 ※処方されているものに○を入れ、済・未に○を入れてください。

内服薬 朝: 済・未 間: 済・未 昼: 済・未 間: 済・未 夕: 済・未

眼前: 済・未 頓服: 済・未(種類: _____)

点眼薬 朝: 済・未 間: 済・未 昼: 済・未 間: 済・未 夕: 済・未 眼前: 済・未

軟膏: 済・未

●利用中のご様子 (できれば「こんなことがあった」⇒「どう対応した」⇒「結果どうなった」を記録して下さい)

●連絡事項

ショート利用⇒排便: 有・無(最終排便 月 日) 入浴: 有・無(最終入浴 月 日)

担当者名:

記入者名:

Ⅱ-2 日々の記録

医師への質問や、皆で共有すべき情報はⅡ-1 情報共有連絡票
(黄色のページ)にご記入ください。

年 月 日 ()

ご家族記入欄: 特に変化なし 以下のことがありました

記入者: 通所介護・通所リハ・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・小規模多機能型
ショートステイ・その他(事業所名)

体温: _____ °C 血圧: _____ / _____ mmHg 脈拍: _____ 回/分 呼吸: _____ 回/分

朝食: 主 / 副 / 昼食: 主 / 副 / 夕食: 主 / 副 / 間食: / . 無

リハビリ: 有・無

入浴: 有・無 [一般・介助・車イス・リフト・特浴・シャワー・部分()]

排便: 有・無 (回数・形状)

処方薬 ※処方されているものに○を入れ、済・未に○を入れてください。

内服薬 朝: 済・未 間: 済・未 昼: 済・未 間: 済・未 夕: 済・未

眼前: 済・未 頓服: 済・未 (種類: _____)

点眼薬 朝: 済・未 間: 済・未 昼: 済・未 間: 済・未 夕: 済・未 眼前: 済・未

軟膏: 済・未

●利用中のご様子 (できれば「こんなことがあった」⇒「どう対応した」⇒「結果どうなった」を記録して下さい)

●連絡事項

ショート利用 ⇒ 排便: 有・無 (最終排便 月 日) 入浴: 有・無 (最終入浴 月 日)

担当者名:

記入者名:

血 圧 表

年 私の理想体重は kg 私の目標血圧は / mmHg

月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
曜日															
体重 (kg)															
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	夜	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
脈 拍	朝														
	夜														
血 圧		朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜
	180														
	160														
	140														
	120														
	100														
	80														
60															
メモ															

血 圧 表

年 私の理想体重は kg 私の目標血圧は / mmHg

月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
曜日															
体重 (kg)															
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	夜	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
脈 拍	朝														
	夜														
血 圧		朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜
	180														
	160														
	140														
	120														
	100														
	80														
60															
メモ															

血糖値表

年 私の理想体重は kg 私の食前の血糖値は

月/日	/	/	/	/	/	/	/
曜日							
体重 (kg)							
血糖値	朝						
	昼						
	夕						
メモ							

血糖値表

年 私の理想体重は kg 私の食前の血糖値は

月/日	/	/	/	/	/	/	/
曜日							
体重 (kg)							
血糖値	朝						
	昼						
	夕						
メモ							

心不全表

年 私の理想体重は kg 私の目標血圧は / mmHg

月/日		/	/	/	/	/	/	/
曜日								
体重 (kg)								
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/	/
脈拍 (回/分)								
自 覚 症 状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
メモ								

心不全表

年 私の理想体重は kg 私の目標血圧は / mmHg

月/日		/	/	/	/	/	/	/
曜日								
体重 (kg)								
血 圧	朝	/	/	/	/	/	/	/
	夜	/	/	/	/	/	/	/
脈拍 (回/分)								
自 覚 症 状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
メモ								

Ⅱ-3 医療情報のページ

年 月 日 ()

<p>これまでに受けた手術 例) 胆石 (2009年〇月 〇〇病院)</p>	
<p>これまでに認知症専門医の診察を受けた経験はありますか 有 ・ 無</p>	
<p>有る場合</p>	<p>医療機関名</p>
	<p>医師名</p>
	<p>診断名</p>

介護保険の主治医意見書を書いておられる先生の名前の前に○印を願います。
既往歴 (今までの病気やけがなど) もご記入ください。

病名	いつからいつまで	現在の状況 (治癒・安定・治療中・放置・中断)	
	医療機関	医師名	電話
(記入例) 糖尿病	H18～現在	治癒・安定・ ○治療中 ・放置・中断	
	〇〇医院	△△ 太郎	TEL〇〇〇-〇〇〇〇
		治癒・安定・治療中・放置・中断	
			TEL —
		治癒・安定・治療中・放置・中断	
			TEL —
		治癒・安定・治療中・放置・中断	
			TEL —
		治癒・安定・治療中・放置・中断	
			TEL —

II-3 医療情報のページ

年 月 日 ()

これまでに受けた手術

例) 胆石 (2009年〇月 〇〇病院)

これまでに認知症専門医の診察を受けた経験はありますか 有 ・ 無

有る場合
医療機関名
医師名
診断名

介護保険の主治医意見書を書いておられる先生の名前の前に○印を願います。
既往歴 (今までの病気やけがなど) もご記入ください。

病名	いつからいつまで	現在の状況 (治癒・安定・治療中・放置・中断)	
	医療機関	医師名	電話
(記入例) 糖尿病	H18～現在	治癒・安定・ 治療中 ・放置・中断	
	〇〇医院	△△ 太郎	TEL□□□-□□□□
		治癒・安定・治療中・放置・中断	
			TEL —
		治癒・安定・治療中・放置・中断	
			TEL —
		治癒・安定・治療中・放置・中断	
			TEL —

◇お薬の飲み方

- 食 前 …… 食事の30分位前
- 食 後 …… 食事のあと30分位までの間
- 食 間 …… 食事の約2時間後
- 食直前 …… 食事のすぐ前
- 食直後 …… 食事のすぐ後
- 就寝前 …… 寝る30分位までの間
- 頓 服 …… 医師・歯科医師や薬剤師の説明に応じて

※ お薬を飲む際は、錠剤やカプセル剤などのお薬が入っているプラスチックシートから必ず出して飲んでください。

◇飲み忘れた場合

1回飲み忘れたからといって、2回分を一度には飲まないでください。
飲み忘れたときの対処法を、あらかじめ、医師・歯科医師・薬剤師に尋ねておくと安心です。

Ⅱ-4 くすりのページ

※薬局の方がご記入ください。

薬局名・医療機関名・手帳シール貼付	アドバイス・備考

Ⅱ-5 認定情報・介護情報

要支援・要介護認定情報		要支援・要介護認定情報	
有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）		<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）	
サービス種別	事業所名 TEL	担当者名	利用開始日 新規・変更・追加
(記入例) 居宅介護支援 事業所	川西ケアプランセンター TEL 700-0000	川西 市子 ケアマネジャー	2018年10月10日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加

Ⅱ-5 認定情報・介護情報

要支援・要介護認定情報	要支援・要介護認定情報
有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）

サービス種別	事業所名 TEL	担当者名	利用開始日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加
	TEL		年 月 日 新規・変更・追加

Ⅱ-6 サービス担当者会議・地域ケア会議

※ケアマネジャー、地域包括支援センター職員がご記入ください。

月 日	参 加 者	主 な 内 容 (決 ま っ た こ と)	確 認 サイン

Ⅱ-6 サービス担当者会議・地域ケア会議

※ケアマネジャー、地域包括支援センター職員がご記入ください。

月 日	参 加 者	主 な 内 容 (決 ま っ た こ と)	確 認 サイン

Ⅱ-7 1週間のスケジュール

※ケアマネジャー、地域包括支援センター職員がご記入ください。なお、ケアプラン第3表を貼付することも可能です。

年 月							
曜日 時刻	月	火	水	木	金	土	日
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

Ⅱ-7 1週間のスケジュール

※ケアマネジャー、地域包括支援センター職員がご記入ください。なお、ケアプラン第3表を貼付することも可能です。

年 月							
曜日 時刻	月	火	水	木	金	土	日
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

メモ

発行：川西市・川西市医師会

平成25年 2月 初版

平成26年 4月 第2版

平成27年 4月 第3版

平成31年 3月 第4版

このノートは、大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室が考案した「みまもり・つながりノート」をもとに、同教室の協力のもと作成されたものです。

この「つながりノート」についての問い合わせ先

川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター

〒666-0016 川西市中央町12-3 医療会館3階

TEL：072-755-4100 FAX：072-755-4110

MAIL：zaitaku4100@wind.ocn.ne.jp

川西市中央地域包括支援センター

〒666-8501 川西市中央町12-1

電話：072-755-7581 FAX：072-740-2003