

★このファイルは多くの個人情報が入っています。
関係者の皆様は取り扱いに十分ご注意ください。



～くらしと医療・介護をつなぐために～

お名前

No

年 月 日 ～ 年 月 日

企画・監修：尼崎市医療・介護連携協議会

1 はじめに

「わたしファイル」は、在宅で医療や介護を受ける方やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護関係者等の情報を集約し、連携を深めるための情報共有ファイルです。

- ※ 同意書は必ず、ご本人・または家族に記入してもらいましょう。
- ※ 緊急時に備えて、保管場所を関係者で決めておきましょう。決めた場所を「わたしファイルの置き場所」のカードに記入し、玄関扉の内側、電話の近くなどのわかりやすい場所に貼っておきましょう。

同意書

私と家族は、安心して生活が続けられるように、医療・介護サービス提供者間で必要な情報を共有するために、わたしファイルを使用することに同意します。

令和 年 月 日

ご本人 _____


ご家族 _____ 【続柄】 _____

代理人 _____ 【続柄】 _____ 電話番号 _____

保管場所

保管場所はみんなで共有し、急な受診や救急の場合などにすぐに持ち出せるようにしておきます。

※保管場所を書いたカードを玄関扉内側、電話の近くなどのわかりやすい場所に貼っておきましょう。

わたしファイルの置き場所

私が支援者に伝えておきたいこと

年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

※ 急な増悪で意思を伝えられない際に備えて、普段大切にしていること、医療や介護の関係者に予め表明しておきたいことなども記入しましょう。

※ 気持ちの変化があるたびに記入しましょう。
(用紙が足りなくなれば、追加してください。)

2 基本的な情報の一例

- フェイスシート（利用者基本情報）
- 医療の状況
- 緊急連絡先
- 関係機関リスト
（名刺フォルダー活用でも可）

フェイスシート 見本

4月 1日

フリガ
氏
住
介護

主治医 医療機関名 病院 電話 ()
医師名 先生 FAX ()

病名 頸椎性脊髄症 H18年 月発症 備考 H20年6月、頸椎性脊髄症の為手術を行った。
骨粗鬆症 H19年 5月発症
腰部脊柱管狭窄症 H18年 月発症 H23年2月23日～3月11日まで腸閉塞の為入院した。
多系統萎縮症オリブ橋小脳萎縮症 H21年10月発症
年 月発症

A 移動 一部介助 思うように足が運べず歩幅が狭い。手引き歩行で何とか短距離歩くのがやっと。
食事 自立 手に力が入らず食べこぼしが多い。
D 排泄 自立 トイレ使用。間に合わず失禁するのでリハビリパンツとパットを使用濡れたら、自分で交換している。
入浴 一部介助 手引き歩行で入浴。洗身は力が入らず一部介助を受けている。
L 更衣 一部介助 思うように力が入らず時間がかかる。スボンが十分に上げられず後から介助してもらっている。
整容 自立

記憶 特になし。
行動 特になし。

介護上の 入浴 (血圧) 160/90以上の時中止 (その他)
(体温) 37.0℃以上の時中止
清拭 (感染症) なし。

医学的 移動 (カテーテル・酸素・ストーマ・じょく創 等)
食事
留意事項 排泄 排尿障害を起こす可能性あり。現在は内服薬で様子を見ている。
その他 症状については徐々に進行していくので症状にうまく付き合っていく事を考える必要がある。

特記事項 ©娘夫婦、孫夫婦、曾孫の6人家族。日中は、孫嫁、曾孫と過ごす。
多系統萎縮症オリブ橋小脳萎縮症のため現在通院中。手足に力が入らず自力歩行が困難になってきている。
筋力維持の為には運動をした方がいいが、転倒に注意が必要。

主介護者 E子 様 続柄 娘
緊急連絡先 電話 090- 氏名 E子 様 続柄 娘

〇〇居宅介護支援事業所 (担当:)

TEL / FAX

緊急連絡先

順番	氏名	電話番号	続柄	
1				同居 別居
2				同居 別居
3				同居 別居
4				同居 別居
5				同居 別居
6				同居 別居
7				同居 別居

メモ

--

関係機関リスト

かかりつけ診療所・病院

医療機関名 診療科 電話番号 担当医	医療機関名 診療科 電話番号 担当医
医療機関名 診療科 電話番号 担当医	医療機関名 診療科 電話番号 担当医
医療機関名 診療科 電話番号 担当医	医療機関名 診療科 電話番号 担当医

かかりつけ歯科

医療機関名 電話番号 担当医	医療機関名 電話番号 担当医
--------------------------	--------------------------

薬局

薬局名 電話番号	薬局名 電話番号
-----------------	-----------------

ケアマネジャー・地域包括支援センター

事業所名	事業所名
電話番号	電話番号
担当者	担当者

利用している介護サービス等

事業所名	事業所名
電話番号	電話番号
担当者	担当者

事業所名	事業所名
電話番号	電話番号
担当者	担当者

事業所名	事業所名
電話番号	電話番号
担当者	担当者

事業所名	事業所名
電話番号	電話番号
担当者	担当者

事業所名	事業所名
電話番号	電話番号
担当者	担当者

事業所名	事業所名
電話番号	電話番号
担当者	担当者

3 介護の情報の一例

- 入退院連携シート その1・その2
- 週間計画表 ケアプラン
- 各サービス事業所の計画書

※ 入院時連携シートに記入できる所を記入しておき、急な入院に備えましょう。

※ 常に最新の情報が入っているように心がけましょう。

【記入日】 年 月 日

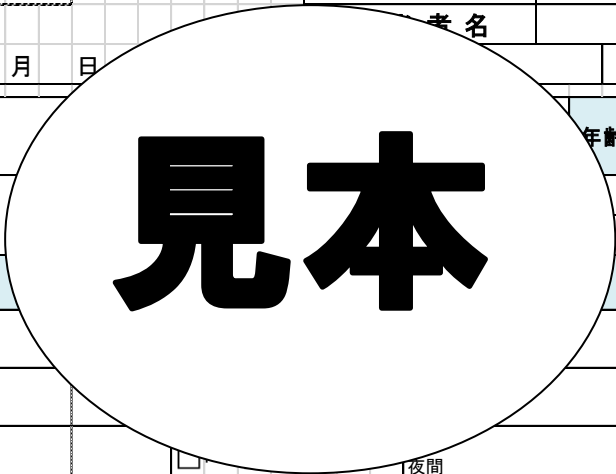
入退院連携シート その1

提出先	病院	事業所名	
		考名	

入院日(予定)	年 月 日	FAX	
---------	-------	-----	--

ふりがな氏名		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
--------	--	----	---	----	---

現住所	
-----	--



緊急時連絡先	ふりがな氏名		備考 (連絡しやすい時間帯等)
	①		
	②		
	③		

世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 ()
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の収入 ()

かかりつけ医	1	機関名: ()科	電話	—
		主治医:	FAX	—
		病名等:		
かかりつけ歯科医	2	機関名: ()科	電話	—
		主治医:	FAX	—
		病名等:		
	<input type="checkbox"/> 無	機関名:	電話	—
	<input type="checkbox"/> 有	主治医:	FAX	—
		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了()年 月頃	<input type="checkbox"/> 不明	

家族構成図
【人物】○:女性 □:男性 ※本人は2重 ※死亡の場合は黒塗り 【特記事項】主:主介護者 ☆:キーパーソン ※人物の横に記入 【同居関係】円で囲む
 家族構成図タブで作図してください

かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> 無	薬局名:	電話	—
	<input type="checkbox"/> 有	薬剤師:	FAX	—
		お薬手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

介護者の状況等
主介護者: 氏名 続柄

訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 無	機関名:	電話	—
	<input type="checkbox"/> 有		FAX	—

住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ()階建て ()階 <input type="checkbox"/> エレベーター
	<input type="checkbox"/> 施設・高齢者住宅等 ()
	道路～自室までの階段や段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:
	移動/外出に障害となる環境 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()

金銭管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:

視/聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 補聴器
--------	--	--

要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 総合事業対象者
------	---

手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他()
-----	--

申込中の施設	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
--------	--

サービス利用状況			
<input type="checkbox"/> 訪問介護 ()回/週	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()回/週	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ ()回/週	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ()回/週
<input type="checkbox"/> 通所介護 ()回/週	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ ()回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所 ()回/週 ()回/月	
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()	<input type="checkbox"/> 住宅改修 ()		
<input type="checkbox"/> その他のサービス利用:種類/頻度等 ()			

特記事項/その他(日中の状態(日中独居)、入院までの経過、興味・関心のあること等)	

【別紙】: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(診療情報提供書、看護サマリー等)	(情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)
【わたしファイル】: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

入退院連携シート その2

患者氏名: (生年月日: 明治 大正 昭和 西暦 年 月 日)

①入院前の状態 西暦 年 月 日 ②退院に向けて 西暦 年 月 日

障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

食事 自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助

嚥下機能 むせない 時々むせる 常にむせる むせない 時々むせる 常にむせる

口腔状態 自歯 欠損歯あり(義歯使用) 自歯 欠損歯あり(義歯使用)

欠損歯あり(義歯不使用) 不明・把握せず 欠損歯あり(義歯不使用) 不明・把握せず

形態 常食 粥 軟食 常食 粥 軟食

きざみ食 ミキサー食 ミキサー食 とりみ食

その他 経鼻栄養 胃瘻 胃瘻 腸瘻 特別食()

介護状況や指導内容 塩分・水分・カロリー制限、禁忌事項等 塩分・水分・カロリー制限、禁忌事項等

排泄 自立 一部介助 全介助

失禁 あり 時々 まれにあり なし

方法 トイレ グル(昼) ポータブル(夜)

カテーテル・人工肛門 おむつ その他()

介護状況

夜間睡眠 良好 不良 眠剤の服薬あり

着脱 上着の着脱 自立 見守り 一部介助 全介助

ズボン・パンツの着脱 自立 見守り 一部介助 全介助

介護状況

移動 歩行 つかまらず可 なにかにつかまれば可 できない つかまらず可 なにかにつかまれば可 できない

移乗 自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助

方法(屋内) 独歩 杖 シルバーカー 独歩 杖 シルバーカー

歩行器 車椅子 その他() 歩行器 車椅子 その他()

介護状況

清潔 入浴 自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助

入浴方法 浴槽 シャワー その他() 浴槽 シャワー その他()

口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助

口腔衛生 良好 口臭あり 汚れあり 不明・把握せず 良好 口臭あり 汚れあり 不明・把握せず

介護状況

認知機能 確定診断 なし あり(診断名:) なし あり(診断名:)

短期記憶 問題なし 問題有り 問題なし 問題有り

意思決定 自立 やや困難 見守り必要 判断不可 自立 やや困難 見守り必要 判断不可

症状 幻視・幻聴 妄想 暴言・暴行 徘徊 幻視・幻聴 妄想 暴言・暴行 徘徊

介護抵抗 その他() 介護抵抗 その他()

介護状況

服薬管理 自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助

一包化 無 有 一包化 無 有

担当ケアマネからの情報提供(本人・家族の意向等) 退院時期 退院場所

病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方

本人・家族の今後の希望

リハビリからの情報提供

MSWからの情報提供

【別紙】: 無 有 【別紙】: 無 有

回目 聞き取り日 情報提供を受けた職種(氏名) 会議出席 回目 聞き取り日 情報提供を受けた職種(氏名) 会議出席

1 . . . 無・有 3 . . . 無・有

2 . . . 無・有



居宅サービス 週間計画書 見本

利用番号		週間サービス計画表							日	主な日常生活上の活動
月	日	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
4:00	深夜									
6:00	早朝									
8:00	午									
10:00	前									
12:00	午									
14:00	後									
16:00	夜									
18:00	閉									
20:00										
22:00										
24:00	深夜									
2:00										
4:00										
週単位以外のサービス										

各サービス事業所の計画書

- 居宅サービス計画書
- 訪問看護計画書
- 訪問介護サービス計画書
- 通所介護計画書
- 短期入所介護計画書

など

4 医療の情報の一例

- 医療の状況
- 検査結果
- 薬剤情報提供書（またはお薬手帳の写し）
- 受診の記録

検査結果 見本

検査項目	単	測	基準値
総蛋白	g/dl	7.0	6.5-8.5
A/G比		1.0	1.0-1.5
アルブミン	g/dl	4.5	3.5-5.0
ビリルビン	mg/dl	1.0	0.1-1.2
胆红素	mg/dl	0.5	0.1-1.0
胆红素	mg/dl	0.5	0.1-1.0
T T T	U	0-5.0	0-5.0
Z T T	U	2.0-12.0	2.0-12.0
GGT/AST	U/I	36	10-40
GGT/ALT	U/I	28	5-45
A L P	U/I	104	104-338
L O H	U/I	120	120-240
γ-GTP	U/I	70	MI 0-70 F 0-40
2000P-E	U/I		MI 100-400 F 100-400
L A P	U/I	30	30-70
C P K	U/I		MI 0-200 F 0-100
アミラーゼ	U/I	37	37-125
胆红素	mg/dl	1.34	0.1-1.2
中性脂肪	mg/dl	52	35-145
尿酸	mg/dl	6.4	MI 3.4-7.0 F 2.4-7.0
尿酸	mg/dl	13.0	8.0-23.0
クレアチニン	mg/dl	0.62	MI 0.61-1.08 F 0.49-0.80
Na	mmol/L	134	134-147
Cl	mmol/L	98	98-108
K	mmol/L	3.4	3.4-5.0
Ca	mg/dl	8.4	8.4-10.4
IP	mg/dl		MI 2.5-4.5 F 2.5-4.5
Fe	mg/dl		MI 54-200 F 48-154
TIBC	mg/dl		MI 200-300 F 160-240
UIBC	mg/dl		MI 104-200 F 100-200
血糖	mg/dl	114	70-109
HbA1c	%	5.4	4.6-6.2
CRP	mg/L	0.2	0-0.5
RF	U/L		0-10
A S O	U/L		200以下
A I	U/L	1.7	
M C H	fL		80-100
M C H C	g/dL		32-36
血小板数	10 ³ /mm ³	16.3	15.0-40.0
網赤血球数	%		4-15
Neutro	%	57.2	42-73
Stab	%		0-6
Seg	%		36-73
Baso	%		0-2
Eosino	%		0-6
Lympho	%	34.5	18-55
Mono	%	8.3	0-8
交感神経	ms	65	(-)
多発性	ms		(-)
副交感神経	ms	68	(-)
血球	mm ³		(-)
血球	mm ³		(-)
血球	mm ³		(±)
ビリルビン	mg/dl		(-)
比重			1.000-1.030
反応(pH)			7.35-7.45
ケトン体			(-)
潜血反応			(-)
赤血球			全視野:全
白血球			数視野:数
扁平上皮			毎視野:毎

薬剤情報提供書 見本

【薬
世
だ
お
場
ア
ま
で

3

2



末梢血管の抵抗を少なくし、血圧を下げることにより高血圧症を治療するお薬です。



サンリズムカプセル50mg

4

【色】青:白
【記号】+SR50

起	朝	昼	夕	夜
	1	1	1	

1日3回 朝昼夕食後に服用 14日分

不整脈を治療する薬です。



タケロンOD錠15

【色】白～帯黄白(赤橙～暗褐斑点)

起	朝	昼	夕	夜
				1

1日1回 寝る前に服用 14日分

胃酸の分泌を抑え、胃・十二指腸潰瘍を治療するお薬です。
胃酸の分泌を抑え、逆流性食道炎などを治療するお薬です。

5

【注 意】【飲み方】本剤は口腔内で崩壊するが、口腔の粘膜から吸収されることはないため、唾液又は水で飲み込む



バファリン330mg錠

1日3回まで 頭痛時服用 10回分

【色】白
【記号】DB/

痛みを抑えたり、末梢の血管を広げて熱を放散させて熱を下げたり、炎症によるはれをとって症状を軽くするお薬です。

【注 意】湿気を避けて保存してください



強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏 1日2～3回 患部に塗布

【色】白～淡黄

炎症や痛みを抑え、湿癬やびらん、二次感染を起こしている湿疹、皮膚炎等を治療するお薬です。



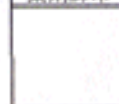
インサイドパップ

貼付

【色】白～淡黄

炎症による痛みや腫れを和らげ、各種の関節痛、筋肉痛を治療するお薬です。

【注 意】1日1～2回貼ってください。かぶれることがありますので気をつけてください



*必要な方はご活用下さい

5 みんなの連絡帳

	聞きたいこと・お伝えしたいこと		答え・コメント
／ () : { :	記入者: (所属) <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>	➔	回答者: (所属) <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>
計測者	・血圧 / ・脈拍 /分 ・体温 ℃ ・服薬 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・水分摂取() : 頃 ・食事摂取() : 頃 ・口腔ケア・状態()		・排尿 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし ・排便 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし [特記事項]

日時	聞きたいこと・お伝えしたいこと		答え・コメント
／ () : { :	記入者: (所属) <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>	➔	回答者: (所属) <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>
計測者	・血圧 / ・脈拍 /分 ・体温 ℃ ・服薬 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・水分摂取() : 頃 ・食事摂取() : 頃 ・口腔ケア・状態()		・排尿 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし ・排便 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし [特記事項]

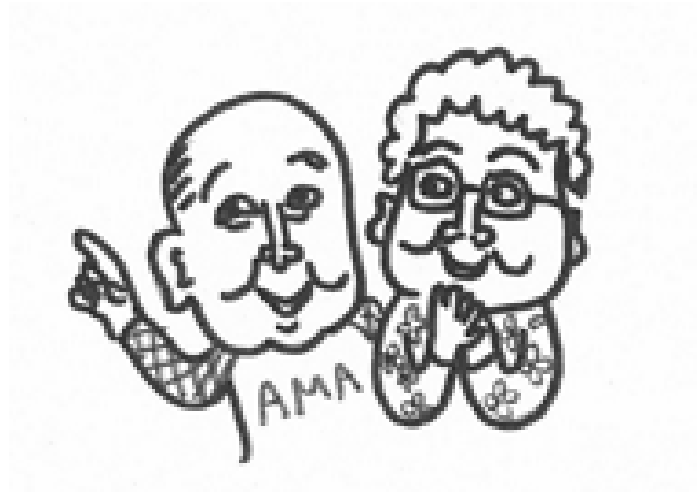
日時	聞きたいこと・お伝えしたいこと		答え・コメント
／ () : { :	記入者: (所属) <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>	➔	回答者: (所属) <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>
計測者	・血圧 / ・脈拍 /分 ・体温 ℃ ・服薬 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・水分摂取() : 頃 ・食事摂取() : 頃 ・口腔ケア・状態()		・排尿 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし ・排便 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし [特記事項]

日時	聞きたいこと・お伝えしたいこと		答え・コメント
／ () : { :	記入者: (所属) <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>	➔	回答者: (所属) <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>
計測者	・血圧 / ・脈拍 /分 ・体温 ℃ ・服薬 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・水分摂取() : 頃 ・食事摂取() : 頃 ・口腔ケア・状態()		・排尿 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし ・排便 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> なし [特記事項]

病院・介護保険施設の皆様へ このファイルは必ずご本人にお返してください。

この「わたしファイル」は、高齢者とそのご家族が、医療と介護を隙間なく受けることができるよう支援者間の情報共有のために作成し、普段はご自宅で保管しています。

入院やショートステイなどの際にご本人が持参された場合、退院時や退所時には必ずご本人にお返してください。



このファイルを拾得された方は下記までご連絡ください。

【尼崎市役所】健康福祉局 包括支援担当（課）

電話： 06-6489-6356