



倉敷市 健康パスポート

健康良男さんの
地域連携クリニカルパス

開始日 平成 年 月 日

目次

➤使い方

➤No.1 [基本] : 同意書・かかりつけ医の情報など

➤No.2 (2') [基本] : 介護支援体制の情報

➤No.3 [ご本人とご家族] : 本人・家族の基本情報、ご家族の悩み・要望・願いなど

➤No.4 [[ご本人とご家族 暮らしの情報] : 私の生活史

➤No.5 [[ご本人とご家族 暮らしの情報] : 暮らし方

➤No.6 [薬の管理] : 管理方法や副作用歴など

➤No.7 [かかりつけ医] : 認知症関連検査など

➤No.8 [お口の状態・状況] : 歯の状態、清掃状況など

➤No.9 (9') [社会福祉制度①, 介護福祉制度②] : 介護保険, 身体障害者手帳などの情報

➤No.10 [自立度経過シート] : 自立度の情報

➤No.11 (11') [経過シート] : 状況を記載

➤No.12 [心身の情報 (私の心・身体の全体的な関連シート)] : 体調や行動心理的な状態について

➤No.13 [心身の情報 (私の姿と気持ちシート)] : 私の気持ちについて

➤No.14 [質問票] : 相談したいときに使うシート

➤No.15 [リハビリテーション] : リハビリの状況や要望

➤No.16 [症状シート] : パーキンソン病症状の一日の変化

➤No.17 [専門医療機関 (認知症用)] : 認知症用

➤No.18 [専門医療機関 (パーキンソン病用)] : パーキンソン病用

➤No.19 [専門医療機関 (てんかん用)] : てんかん用

➤No.20 [てんかん診療計画書] : てんかん用

「健康パスポート」の使い方

- 「健康パスポート」は、医療機関、介護サービス事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターの連携に役立ちます。
- 一度に記載できなくても、少しずつ記載していきましょう。
- 皆で共有したい書類（「認知症療養計画書」、「居宅サービス計画書」など）は、このファイルに綴じ込んで保管して下さい。
- 連携で見て欲しいところに付せんをつけると分かりやすいです。

ご家族の方へ

- ご本人、ご家族にはしっかり管理していただき、医療機関を受診する場合には必ずお持ちいただきますようお願いいたします。
- 「同意書・基本」シートに記入して下さい。
- 「ご本人とご家族」シートに、わかる範囲で記入して下さい。
- 「経過シート」「心身の情報」「質問票」も記入・ご利用下さい。

かかりつけ医、その他の先生へ

- 「同意書・基本」シートに記入して下さい。
- 「かかりつけ医」シートや「専門医療機関」シートに記入して下さい。
- 「経過シート」「心身の情報」「質問票」をご覧下さい。またご利用下さい。

ケアマネージャー様へ

- 「基本」シートに記入して下さい。
- 「経過シート」「心身の情報」「質問票」もご記入・ご利用下さい。

介護サービス事業者様、その他の介護支援者様へ

- 「基本」シートに記入して下さい。
- 「経過シート」「心身の情報」「質問票」もご記入・ご利用下さい。

同意書・基本

<同意書>

各施設間での必要な情報

す。 ※ キーパーソンには名前()をつけてください。

ご本人 **健康 良男** 様

ご家族 **良太** 様 (続柄 **長男**) TEL(自宅) **000-0000**

TEL(携帯) **090-0000-0000**

ご家族 **◎ 良子** 様 (続柄 **嫁**) TEL(自宅)

TEL(携帯) **080-0000-0000**

かかりつけ医 (押印でも構いません)

医療機関 **児島医院** 初診日 **H ○年○月○日**

主治医 **児島太郎**

TEL **086-123-4567**

介護保険意見書記入 有・無 (記入医療機関)

<調剤薬局> (押印でも構いません)

薬局 **川崎 薬局**

専門医療機関 (押印でも構いません)

医療機関① **倉敷医療センター** 医療機関②

初診日 **H ○年○月○日** 初診日

主治医 **平成 花子** 主治医

TEL **086-890-1234** TEL

医療機関③ 医療機関④

初診日 初診日

主治医 主治医

TEL TEL

ご本人、ご家族に説明し、
同意された場合は記名し
て頂きます。

基本

＜介護の支援体制＞（押印でも構いません）

地域包括支援センター

事業所 ○○ 高齢者支援センター

初回担当日 H23年○月○日

担当者 ○○○○

TEL 000-0000

ケアマネジャー（介護支援専門員）

事業所 △△ 介護支援センター

初回担当日 H26年○月○日

担当者 △△△△

TEL 000-0000

介護サービス

事業所① A 訪問介護

初回担当日 H26年○月○日

担当者 ○○○○

担当者職務 サービス提供責任者

TEL 000-0000

事業所② B デイサービスセンター

初回担当日 H24年○月○日

担当者 ○○○○

担当者職務 生活相談員

TEL 000-0000

訪問看護ステーション

事業所① C 訪問看護センター

初回担当日 H26年10月○日

担当者 ○○○○

担当者職務 看護師

TEL 000-0000

事業所②

初回担当

担当者

担当者

TEL

新たに加わる度
に記載します。

障害者支援センター

事務所

初回担当日

担当者

担当者職務

TEL

民生委員

事業所 ○地区○丁目担当

初回担当日

担当者 ○○ ○○

担当者職務 民生委員

TEL 000-0000

基本

<介護の支援体制> (押印でも構いません)

近所の知人

初回担当日 昭和○年頃から

担当者 ○○ ○○

TEL 000-0000

訪問理美容

初回担当日 H27年4月○日

担当者 ○○ ○○

TEL 000-0000

福祉用具 D

初回担当日 H27年4月○日

担当者 ○○ ○○

担当者職務 福祉用具専門相談員

TEL 000-0000

E 通所リハビリ

初回担当日 H27年5月○日

担当者 ○○ ○○

担当者職務 生活相談員

TEL 000-0000

児島 医院

初回担当日 H○年○月○日

担当者 児島 太郎

担当者職務 医師

TEL 000-0000

川崎 薬局

初回担当日 H27年○月○日

担当者 ○○ ○○

担当者職務 薬剤師

TEL 000-0000

○○ 歯科

初回担当日 H○年○月○日

担当者 ○○ ○○

担当者職務 歯科医

TEL 000-0000

介護保険等で訪問が始まった時はこちらにも記載します。

ご本人とご家族 わかる範囲でお書き下さい

<もの忘れが最初に始まった時期> 平成(23)年()月ごろ

<基礎データ>

☆ ひどくなったのはH26 10頃

身長:(162)cm 体重:(72)kg

喫煙 無・ 有 ()年間×()本 / ()年前禁煙

飲酒 無・ 有 ()年間×()

趣味 (カラオケ 魚釣り 旅行)

<これまでにかかった大きな病気について>

脳梗塞・脳出血 無・ 有 (詳しく 不整脈・心不全)

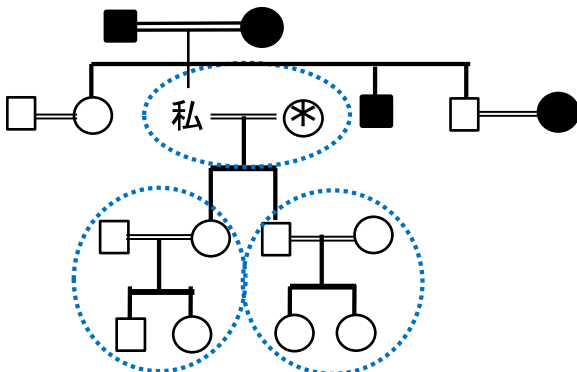
狭心症・心筋梗塞 無・ 有 (詳しく)

癌 無・ 有 (詳しく H26.9 ヘルメカ挿入術)

手術 無・ 有 (詳しく)

その他 パーキンソン病

<家族・親族>



- 男性
- 女性
- 死亡
- * 主介護者(男)

家族が記載するか、
代筆でもOKです

<ご家族の悩み・要望・願い(家族らの生
ど)をお書き下さい>

しっかりしていたのに、最近ぼんやりしていてあまり話さない。たまに行くときついことを言ってしまうが、心配なので、何かあれば教えて貰いたい。入退院事等は手伝いに来れると思う。(長女)

ご本人とご家族 暮らしの情報

＜私の生活史＞ 私はこんな暮らしをしてきました。

年月	歳	暮らしの場所	そのころの暮らし・出来事
S 9.1	0	新見	4人姉弟の長男として出生。
S13	3	大阪	父親の転勤で大阪に転居。
S18	9	高梁	戦争で空襲を避け、遠い親族の寺に疎開する。
S24.4	15	新見	祖父母のいる地に残り高校に進学。共学一年で、上級生は女学生のみだった。
S27.4	18	岡山	進学で岡山に転居。
S36	27	倉敷	就職後数年で結婚。
S37	28		長男誕生。
S42	31		長女誕生。
			子供と一緒にキャンプや山登りなどよく出かけていた。
			甲状腺機能亢進症で数か月入院。
			長男が結婚。
			孫誕生。長男家族が隣に戻る。
H25.1			長女が結婚。一年後孫誕生。
H26.4	80		・・仕事の合間に釣りや彫り物等趣味を楽しむ。・・ 自分で不安を感じる事が時にあり、確認が増え、無気力になる。急に怒ることも・・。 運転していて出先で道に迷うことがあった。

聞けた時に
書き加えて
いきます

私がしてきた仕事や得意な事など

食品の新商品の開発、彫り物・塗りなどの趣味が高じて
公民館で講座を持つ。

私の好む話、好まない話

ご本人とご家族 暮らしの情報

＜暮らし方＞ 私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。

暮らしの様子	私になじんだ習慣や好み	現在の状態・状況	私の願い・支援してほしいこと
毎日の習慣となっていること	朝の散歩	毎日でかける	今日何をするかが知りたい
食事の習慣	漬物苦手 朝はあまり食べない	あまり食欲がない	皆と食べたい
飲酒・喫煙の習慣	飲酒無・喫煙有	飲酒・喫煙共無	
排泄の習慣・トイレ様式	和式と小便器	洋式と小便器	
お風呂・身だしなみ	熱があっても入る	自分で入れる	準備して欲しい
おしゃれ・色の好み・履物	靴が好き		自分で見たい
好きな音楽・テレビ・ラジオ		あまり観ない	
家事			
仕事	製造業		
興味・関心・遊びなど	旅行・釣り・彫り物		
なじみのものや道具	釣り具・船		
得意なこと/苦手なこと	彫刻・塗り物をする		
性格・特徴など	穏やかで話し好き	無口になっている	
信仰について	無		
私の健康法	山登りや歩くこと	草刈り等動く	
その他			

薬の管理

記入日 **H26** 年 **4** 月 **12** 日 記入者 ○○ ○○

<薬の管理者>

本人 家族 (**妻**) その他 ()

<薬の管理方法>

そのまま管理 整理箱を使用 薬のカレンダーを使用
 その他 ()

<服薬できない剤型>

錠剤 カプセル剤 散剤 液剤
理由 (散剤はむせてしまう為服薬困難)

<一包化の有無>

有り 無し

<服薬状況について>

しっかりと飲んでいる
 飲み忘れることはほとんどない
 飲み忘れがある

<自己調節している薬>

無し 有り 薬の名前 ()

<副作用歴>

無し 有り 詳細下記

かかりつけ医

<認知症関連検査>

- 甲状腺機能 (FT4, TSH) 正常・ 異常 (低下症あり)・ 不明
ビタミン B1 正常・ 異常 ()・ 不明
ビタミン B12 正常・ 異常 ()・ 不明
葉酸 正常・ 異常 ()・ 不明

<治療中の疾患>

- 高血圧 無・ 有・ 不明
糖尿病 無・ 有・ 不明
脂質異常症 無・ 有・ 不明
骨粗鬆症 無・ 有・ 不明
過活動膀胱 無・ 有・ 不明
その他



胸部X線撮影日: _____

アルツハイマー型認知症(H26頃) パーキンソン病(不詳)

<ワクチン接種>

- 肺炎球菌ワクチン 接種済み・ 未接種
インフルエンザワクチン 接種済み・ 未接種

<治療薬>

- 抗AD薬 無・ 有 (アリセプト・メマリー・**レミニール**・イクセロンパッチ・リバスタッチ)
降圧薬 無・ 有 ()
スタチン 無・ 有 ()
抗血小板薬 無・ 有 (アスピリン・パナルジン・プラビックス・プレタール)
抗凝固薬 無・ 有 (**ワーファリン**・プラザキサ)
その他

お口の状態・状況

記入日 **H26** 年 **4** 月 **11** 日 記入者 **〇〇 〇〇**

① 歯の状態

- (1) 有歯 (本) ---- 部分義歯 有 無
(2) 無歯 ---- 総義歯 有 無

② 口腔清掃の状況

- (1) 歯磨き している していない
〔 実施状況 毎日 殆ど毎日 しない 〕
〔 全介助 部分介助 自立 〕
- (2) 義歯着脱 している していない
〔 実施状況 毎日 殆ど毎日 しない 〕
〔 全介助 部分介助 自立 〕
- (3) うがい している していない
〔 実施状況 毎日 殆ど毎日 しない 〕
〔 全介助 部分介助 自立 〕
- (4) 開口の可否 できる できない

③ 食事状況

- (1) 摂食 全介助 部分介助 自立
(2) 食事形態 普通食 軟食 流動食
(3) 食事態勢 起居 臥床

④ 介護状況

- 口腔ケアに対する理解 有 無 普通
口腔ケアに対する協力度 有 無 普通
介護状態 良 悪 普通
訪問看護, ヘルパー等の利用 有 無

社会福祉制度 ①

記入日 **H26年 11月 30日** 記入者 ○○○○

介護保険 **H27年11月加筆** ○○○○
 ケアマネジャー (名前: ○○○○)
 (事業所:)
 (連絡先: **△介護支援センター**)

介護度／年月	H26年 11月	H27年 11月	年 月	年 月	年 月	年 月
介護度	要介護2	要介護2				

サービス

訪問看護



訪問介護(ヘルパー)



訪問リハビリテーション



通所デイケア



デイサービス

施設



- 特別養護老人ホーム
- 老人保健施設
- 有料老人ホーム
- グループホーム
- その他()

ショートステイ



住宅改修



福祉用具

車いす



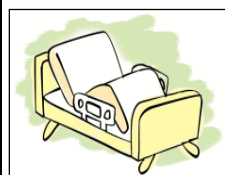
シャワー椅子



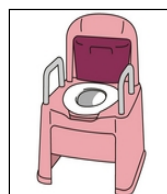
つえ



ベッド



ポータブルトイレ



その他

介護福祉制度 ②

記入日 H26 年 4 月 12 日

記入者 ○○○○

■医療保険

高額医療制度

- 概要説明
- 70歳未満
- 70歳以上

限度額

- 概要説明
- 未申請 ・ 申請(ランク)

□身体障害者手帳

- 概要説明
- 未申請 ・ 申請(級)

□特定疾患

- 概要説明
- 未申請 ・ 申請(外来 ・ 入院)

□障害年金

- 概要説明
- 未申請 ・ 申請(級)

□傷病手当

- 概要説明
- 未申請 ・ 申請()

□自立支援医療制度

- 概要説明
- 未申請 ・ 申請(区分)

□県特別障害者手当

- 概要説明
- 未申請 ・ 申請()

■市介護手当

- 概要説明
- 未申請 ・ 申請()

□生活保護

- 概要説明
- 未申請 ・ 申請()

□その他

[]

自立度経過シート

※ 左端の(例)を参考にして、■・●・△の記号で記入してください。

※ 半年に1回はスケールで状態を把握してください。介護保険資格取得時の要介護認定およびサービス利用開始時の状態も記入しましょう。介護保険利用前のケースも、わかる範囲で記入しましょう。

要介護度	障害老人自立度	日常知症の人の自立度	評価年月日(その時点の記入者名)							
			(例) ケアマネ 佐藤	ケアマネ ○○	ケアマネ ○○	ケアマネ ○○				
■	●	△	12/4/12	H26/9	H26/11	H27/4				
なし	未申請	J-1	I	■	●	■	●	△		
1	要支援	J-2	IIa		△			△	△	
2	要支援	A-1	IIb				●			
1		A-2	IIIa						●	
2		B-1	IIIb			■	■			
3		B-2	IV							
4		C-1	M							
5		C-2								
「気づき」			う							
※ くわしくは「経過シート」に記載 しましょう。			散歩の帰りに道に迷うようになった							
			物忘れが始めるが日常生活に余り影響なし							
			本人も忘れる自覚有確認することが増える							
			忘れることが増える車道に迷う様になり運転を止める							

経過シート

※ 状況(経過, 評価, 変化)

会議等で皆が集まった時は一度に記入し、間は毎月、あるいは2~3か月に一度各担当が様子を記入します。
主治医からの指示など、後ページの質問票も合わせて皆で情報を共有できます。

記入者	H26年 11月30日	H27年 4月分	H27年 5月分
家族 妻 (本人)	薬や予定を忘れて何回も聞かれる話は普通だが… 帳簿ができない一緒にしてほしい	急に物忘れがひどくなってきた たまに行く所なのに道に迷ってたどり着けなかった (4/24妻)	危ないので運転を止めて貰っている 自分はまだ乗っているつもりだが…(5/10・妻) 船は乗ってるかな？(よく聞く)
主治医 児島医院 児島Dr.	来れる間は来てもらいたい 難しくなったら訪問診療は可能 物忘れの薬を出してみるの嘔吐などあれば教えて(〇〇聞いて代筆)	4/27 薬を少し増やすので食欲など変わったことがあれば連絡をデイを増やしては？ 運動や会話もいい	血液検査は良い 体調も良い様子 紹介状を書くので一度専門医の検査をしてはどうか？(5/10 〇〇代筆) 予約が6月12日になった紹介状を出す(5/24)
デイサービス Bデイサービス 〇〇	最近は周りの人とも良く話される根気が続かないので色々して貰っている バイタル安定です運動は声掛けすればされます	特に体調不良ではないのですが朝は動きが悪い様子です 利用日を忘れることも多いので朝連絡をしています(4/23)	
ケアマネ △介護支援センター 〇〇	訪問時は顔色も良く話もよくされるが、家族と話し始めると寝てしまう事も * 受診介助時 主治医から(11/18) No.14参照	一度に複数の方が話しかけると聞きとりにくく、わからないとイライラされます 気持ちを切り替えられるよう注意して下さい	No.14参照6/12に専門医の検査受診をする事になりました 最近の様子で気になることがあればお知らせ下さい(5/27) この度は体調良しです

経過シート

※ 状況(経過, 評価, 変化に影響した事柄や背景についての気づき)を記入しましょう。

記入者	H26年 11月30日	H27年 4月分	H27年 5月分
A 訪問 介護 〇〇	服薬支援の為分包された物をお薬カレンダーに入れていますが たまに飲み忘れがあります 昼が残りがちです	一度通所先で嫌な事があったが何が嫌だったかは忘れたとの事 以後はいつもにこやかです 服薬で特に食欲不振等変わりません(4/30)	特に変わりなく新しい事業所に行くのも楽しまれている様子 船も車もついこの前出かけたような話をされることはよくあります(5/30)
C 訪問 看護センター 〇〇		バイタルも安定されています <u>傾眠傾向が見られます</u> <u>通所先はどうでしょうか？(4/26)</u>	先日連絡した件 ベッドから滑り落ちたか立とうとして転倒したか不明ですが どこにも打ち身や痛みはありませんひじに擦り傷のみ治っています
D 福祉 用具 〇〇		動きが悪いとの事で 転倒の防止に住宅改修を行いました 廊下・居室入口の手すりの設置などと外用歩行器を準備します(4/23)	
E 通所 リハビリ 〇〇			今月よりリハビリに取り組みカラオケを楽しまれています 時に頭痛などの訴えがあります 利用日前日に夕方連絡しています(5/22)

心身の情報（私の心と身体の全体的な関連シート）

記入日 **H26** 年 **11** 月 **30**日

記入者 ○○○○

1. 私の体調	状態
<input type="checkbox"/> 食欲がない	
<input type="checkbox"/> 眠れない	
<input type="checkbox"/> 起きれない	
<input type="checkbox"/> 痛みがある	
<input type="checkbox"/> 便秘している	
<input type="checkbox"/> 下痢している	

2. 私の行動心理的な状態（つづき）	状態
<input type="checkbox"/> 歩き続ける	
<input type="checkbox"/> 家に帰るなどの言動を繰り返す	
<input type="checkbox"/> (一人で危険だが) 外に出ようとする	
<input checked="" type="checkbox"/> 外出すると一人で戻れない	慣れた道で迷う
<input type="checkbox"/> いろいろな者を集める	

**ご自分で書ける人は、気になるところから書いて頂きます。
なかなか書くことが難しい人は、聞き取った内容など、気付いた人が気づいた時に書きましょう。**

2. 私	な
<input type="checkbox"/> 盗	
<input type="checkbox"/> 状	
<input type="checkbox"/> (な	
<input type="checkbox"/> 気	
<input type="checkbox"/> 夜眠	
<input type="checkbox"/> 荒々しい言い方やふるまいをする	
<input checked="" type="checkbox"/> 何度も同じ話をする	5分もせずに同じ事を言う
<input type="checkbox"/> (周囲に不快な) 音を立てる	
<input type="checkbox"/> 大きな声をだす	
<input type="checkbox"/> 声かけや介護を拒む	
<input checked="" type="checkbox"/> 落ち着かない	出ていきたがる

<input type="checkbox"/> 長表情がうつつ、堅い、乏しい	
<input type="checkbox"/> 目に光がない	
<input type="checkbox"/> 見えにくい	
<input type="checkbox"/> 聴こえにくい	
<input type="checkbox"/> 意思を伝えにくい	
<input type="checkbox"/> 感情を表現できにくい	
<input checked="" type="checkbox"/> 相手のいうことが理解できない	長文は難しい

心身の情報 (私)

記入日 H 26 年 11 月

私の今の姿と気持ちを書いてください。左側のように、様々な身体の問題を打ち込んでください。(次の記号を冒頭) 家族が言ったこと、○ケア者が気づいたこと

私の不安や苦情、
苦しみは…

思う様に足が前に出ない。
止まれなくてこけたりもする。
歩けなくなったらと思うと心配。
薬を飲んでも変わらない。効くのだろうか。

私の介護への願い
や要望は…

皆と出ていける様にリハビリがしたい。
うまく出来なかったりわからない時は説明して。

私が受けている医療への願いや要望は…
歩けるようになりたいのでお願いします。説明はゆっくり誰かと一緒に聞きたい。

ご自分で書けない人は、
介護者やケアマネなどが
思いを聞き取って代筆します。
全部一度に書かなくても
少しずつでOKです。



旅行やカラオケにみんなで行くのが楽しみ。

昔は釣り。

私がやりたいことや願い・要望は…

旅行でなくても家族や友人とカラオケでも外食でもいいから行きたい。
誘ってほしい。
自分でちゃんと歩いて仕事も手伝いたい。

私のターミナルや死後についての願いや要望は…

質問票

心配な事などを記入し受診時に主治医への報告にも利用できます。付箋等を使うとより情報を共有できます。

教えてほしいこと

質問する人 (△介護支援センター → 児島医院 児島先生) 回答してほしい人

記入日 H26年 11月 18日 〇〇〇〇

- 最近物忘れが増えていらっしゃるようです
- 服薬については訪問時や通所時にはきちんとできますが昼間の忘れが時々あります
- 昼前後の訪問時朝を忘れていたらどうでしょうか
- ご家族より物忘れについては先生に相談して貰いたいとの事

他に普段注意することがあればお願いします
今は頑張って受診しますとのこと

回答・アドバイス

回答した人 (児島)

記入日 H26年 11月 18日

物忘れの薬を出してみる 嘔吐や食欲不振があれば連絡を最初は少ない量でですので 2週間後に再度受診してほしい

朝の薬の飲み忘れがあれば昼を飛ばして訪問時は朝の方を飲む様に * 飛ばした薬は飲まない様他の所において

昼の薬が飲みにくければ薬の出し方をまた相談しましょう

質問票

誰でも主治医やほかの担当者に
この欄を使って質問や報告が
できます。

教えてほしいこと

質問する人

回答してほしい人

(E通所リハビリ → 児島医院 児島先生)

記入日 H27 年 5 月 22 日 ○○ ○○

今月からデイケアご利用です
リハビリとカラオケを楽しまれています
時に頭痛の訴えがあります
頭痛時のリハビリは中止した方が良いでしょうか？
また 入浴に関してはどうでしょうか？
バイタルは安定していて特に血圧も問題ありません

回答・アドバイス

回答した人

(児島)

記入日 H27 年 5 月 24 日

頭痛がすぐ治るなら 軽いリハビリは大丈夫
水分補給などに注意脱水にならない様に
入浴も本人の体調不良の自覚があればバイタルに
関係なく

* 神経内科の受診は6月12日

リハビリ

病院からの退院時の引継ぎ、
デイケアからのアドバイスなどを
記載して使用します。

病院・介護(施設・通所)

本人・家族・サポートメンバー等

リハビリへのお願い、要望事項等

家では歩き始めると突進してしまったりします。
外出が友人と出来る様にしっかり歩く練習をしたい
と言われます。リハビリお願いします。アドバイス
などもあれば。

H28 年 2 月 19 日 提供者: ○○

病院・介護事業所名;

リハビリ担当者:

治療経過 年 月 日 ~ 年 月 日

本人・家族・サポートメンバー等への助言

歩行器で安定して歩かれています、方向転換で
椅子から立ち上がった際にバランスが不安定にな
りやすいので注意が必要かと思えます。

リハビリ担当 △△

※ 病院・介護施設、通所・訪問系リハビリサービスに関する情報提供書等があれば当該用紙の

コピーを裏面に添付していただきますようよろしくお願いいたします。

症状シート

※ 1日の症状の変化を記入しましょう。当てはまるところに○をつけてください。

記入日 年 月 日

午 前	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ジスキネジア がある												
動きやすい												
少し動きにくい が、動ける												
動けない												
服用時間												
午 後	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ジスキネジア がある												
動きやすい												
少し動きにくい が、動ける												
動けない												
服用時間												

「健康パスポート」は、医療機関、介護サービス事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターの連携に役立ちます。
ご本人、ご家族にはしっかり管理していただき、医療機関を受診する場合には必ずお持ちいただきますようお願いいたします。

作成 児島神経疾患地域連携パスワーキンググループ

・児島医師会 副会長（福祉介護担当）田嶋憲一

・川崎医科大学 神経内科 黒川勝己, 久徳弓子・倉敷平成病院 神経内科 涌谷陽介

2011年12月(ver.2011.12) 仮運用 2012年5月(ver.2012.5) 正式運用開始

改訂 ver. 2013.6, 2013.11, 2014.6, 2016.3

Ver. 2017.3.3