



がる
つな軽
オレンジ手帳

氏名：

軽井沢町地域包括支援センター

はじめに

ご本人・ご家族等介護者の方へ

この手帳は、地域で安心して生活できることを目指し、医療機関を受診したり、介護サービスを利用する際に、情報を共有するためのものです。受診の際や介護サービスを利用する際にはこの手帳を持参し、関係者にお渡しください。また、お薬手帳や介護保険証も一緒に持参し、紛失しないように注意しましょう。

医療・介護・福祉等関係者の方へ

この手帳は、関係者の皆様にもご記入いただき、円滑に連携できるよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

この手帳を拾得した方へ

この手帳を拾得した場合は下記までご連絡ください。

氏名：
連絡先：

年		月		日 ()		【		様へ】	
記入者		確認者		確認日					

年		月		日 ()		【		様へ】	
記入者		確認者		確認日					

年		月		日 ()		【		様へ】	
記入者		確認者		確認日					

年		月		日 ()		【		様へ】	
記入者		確認者		確認日					

医療・介護機関との連絡欄

主な介護者、医療・介護機関の担当者が
記入しましょう

- ・記入した際は、記入したことが分かるよう、該当ページに付箋を貼るなど、工夫をしてください。
- ・このページは、医療・介護関係者での連絡のほか、家族等との連絡にも利用できます。
- ・すぐに確認できない場合もあるため、緊急の連絡には使用しないでください。
- ・略語や専門用語は避け、わかりやすい表現で記入してください。

年		月		日 ()		【		様へ】	
記入者		確認者		確認日					

年		月		日 ()		【		様へ】	
記入者		確認者		確認日					

もくじ

手帳の使い方	1
同意書	2

本人情報（本人記入）

プロフィール①	3
プロフィール②、病歴	5
プロフィール③	7
介護サービスの利用状況等	9

本人情報（主な介護者、医療介護機関記入）

チェックリスト①	11
チェックリスト②	13
チェックリスト③	15
食事・必要なケア	17
現在の状態①	19
現在の状態②	21
医療・介護機関との連絡欄	23



手帳の使い方

ご本人・ご家族等介護者の方へ

- ・最初に「同意書」のページに記入をお願いします。
- ・次にピンクのページに記入をお願いします。
(P3-10)

- ・健康保険被保険者
 - ・介護保険被保険者証
 - ・介護保険負担割合証
 - ・お薬手帳
 - ・病院の診察券
- などと一緒に持ち歩くと便利です。

医療・介護・福祉等関係者の方へ

- ・青いページに記入をお願いします。
(P11-24)
- ・略語や専門用語は避け、わかりやすい表現で記入してください。

確認する項目	風呂		
	入浴介助の必要性	入浴拒否	
選択肢	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1. あり 2. たまにある 3. なし	
半年後	1・2・3	1・2・3	
1年後	1・2・3	1・2・3	
() 年後	1・2・3	1・2・3	
() 年後	1・2・3	1・2・3	
確認する項目	衣服の着脱		
	介助の必要性	服の前後を間違える	ボタン
選択肢	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1. あり 2. たまにある 3. なし	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし
半年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
1年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3

現在の状態②

主な介護者、医療・介護機関の担当者が
記入しましょう

記入者：

※該当するものに○をしてください。

確認する 項目	トイレ		
	排泄介護の 必要性	尿・便失禁	おむつ使用 (紙パンツ含)
選択肢	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1. あり 2. たまにある 3. なし	1. 常時使用 2. 夜間のみ使用 3. なし
半年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
1年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3

同意書

私は本手帳に記載されている個人情報を、
医療機関や介護サービス事業所などへ情報
提供することに同意します。

この手帳は、家族もしくは介護者で責任
をもって保管するとともに、紛失時の問題
や責任は保管者にあることを理解したうえ
で、本手帳の活用に同意いたします。

年 月 日

ご本人：

ご家族等：

続柄：

成年後見制度

成年後見人、保佐人、補助人が選任され
ている場合は、下記に署名をお願いします。

名前：

☐ 後見人

☐ 保佐人

☐ 補助人

TEL：

プロフィール①

ご本人・家族等介護者の方が記入
しましょう。

記入日： 年 月 日

本人情報

本人	ふりがな	(姓)	(名)
	名前		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	歳
	住所	〒 ー 軽井沢町	
	電話		
介護者	ふりがな	(姓)	(名)
	名前		
	電話		

確認する項目	行動			
	自力歩行	外出状況	金銭管理	薬の服薬
選択肢	1. できない 2. 一部介助 3. できる	1. 外出なし 2. 同伴者がいれば可能 3. 1人で可能	1. 全介助 2. 一部介助 3. できる	1. 全介助 2. 一部介助 3. できる
半年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
1年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3

確認する項目	食事		
	食事介助の必要性	1食あたりの食事量	1日の水分量
選択肢	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1. 減少 2. 変化なし 3. 食べすぎ	1. 減少 2. 変化なし 3. とりすぎ
半年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
1年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3

本人情報

現在の状態①

主な介護者、医療・介護機関の担当者が
記入しましょう

記入者：

※該当するものに○をしてください。

確認する 項目	記憶		
	ここ数か月間 の悪化傾向	最近の出来事 について	過去の出来事 について
選択肢	1. あり 2. なし 3. 不明	1. 数分前の ことも忘 れている 2. 数日前の ことも忘 れている 3. ときどき 忘れる	1. 若い頃の ことも忘 れている 2. 数日前の ことも忘 れている 3. ときどき 忘れる
半年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
1年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3
() 年後	1・2・3	1・2・3	1・2・3

緊急連絡先①

ふりがな
名前
電話

(姓)

(名)

緊急連絡先②

ふりがな
名前
電話

(姓)

(名)

かかりつけ医

医療機関名
主治医
電話

かかりつけ医

医療機関名
主治医
電話

本人情報

プロフィール②

該当するものにチェックを入れてください。

家族構成

- ☐ 単身
- ☐ 高齢者世帯（ 人）
- ☐ 同居（ 人）

成年後見制度

- ☐ 補助人 ☐ 保佐人 ☐ 後見人

ふりがな

名前

電話

- ☐ 利用なし

障害者手帳

- ☐ 精神（ ）級 ☐ 療育（ ）
- ☐ 身体（ ）種（ ）級（ ）
- ☐ 取得なし

- 略語や専門用語は避け、わかりやすい表現で記入してください。
- 内容に変更があった場合には変更内容が分かるように記入してください。

在宅で必要な医療処置・リハビリ内容・ケアの際に気をつけることなどを記入してください。

年月日

本人情報

食事・必要なケア

主な介護者、医療・介護機関の担当者が
記入しましょう

記入者：

好きな食べ物	
嫌いな食べ物	
むせる	☐ あり ☐ なし

施設利用時の食事（デイスービス・ディケア等）

主食	
おかずの形態	
とろみ剤の使用	☐ あり ☐ なし
とろみの濃度	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い
補助栄養剤	☐ あり（ ） ☐ なし
禁止食品	☐ あり（ ） ☐ なし
食事介助	☐ 自力 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
食具	☐ 箸 ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ その他（ ）
歯	自分の歯： ☐ あり ☐ なし 義歯： ☐ あり（ ☐ 部分 ☐ 全部） ☐ なし

病歴

年齢	病名	病院名	現在の状況	薬
		（ 科）	☐ 治療中 ☐ 治療なし	☐ あり ☐ なし
		（ 科）	☐ 治療中 ☐ 治療なし	☐ あり ☐ なし
		（ 科）	☐ 治療中 ☐ 治療なし	☐ あり ☐ なし
		（ 科）	☐ 治療中 ☐ 治療なし	☐ あり ☐ なし
		（ 科）	☐ 治療中 ☐ 治療なし	☐ あり ☐ なし
		（ 科）	☐ 治療中 ☐ 治療なし	☐ あり ☐ なし

ペット

☐飼っていない

☐飼っている

（飼っているペットの種類を下記に記入してください）

本人情報

プロフィール③

主な介護者が記入しましょう

記入日： 年 月 日

記入者：

本人情報

身長	cm	体重	kg
視力	☐ 問題なし ☐ 眼鏡使用 ☐ その他（ ）		
聴力	☐ 問題なし ☐ 耳が遠い（左・右） ☐ 補聴器 ☐ その他（ ）		
アレルギー	☐ なし ☐ あり （薬： ） （食物： ） （その他： ）		
入浴	介助（要・否）		
身だしなみ	介助（要・否）		
排泄	介助（要・否）		
歩行	介助（要・否）		
金銭管理	介助（要・否）		
家事	介助（要・否）		

	症状		
	以前よりも 疑い深くなっ た	怒りっぽく なった	
年 月 日	なし・あり	なし・あり	なし・あり
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化

本人情報



チェックリスト③

※該当するものに○をしてください。

3～6か月ごとが目安ですが、症状に合わせて記入してください。

	症状		
	盗まれたと疑う	誰もいないのに会話することがある	見えないものが見えるという
年 月 日	なし・あり	なし・あり	なし・あり
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化

出身地	
運転免許	☐ あり ☐ なし （返納： 年 月）
性格	☐ 陽気 ☐ 内気 ☐ 真面目 ☐ 神経質 ☐ 社交的 ☐ 頑固 ☐ 涙もろい ☐ 我慢つよい ☐ 怒りっぽい ☐ おしゃべり好き ☐ わがまま ☐ 優柔不断 ☐ せっかち ☐ やさしい ☐ 1人が好き ☐ のんびり ☐ その他（ ）
聴力	☐ する（1日 本） ※ビール350mL缶を1本とする ☐ しない
喫煙	☐ する（1日 本） ☐ しない
好きなこと・趣味	
苦手なこと	
目標	

本人情報

本人情報

介護サービスの利用状況等

主な介護者が記入しましょう

要介護認定

記入者：

区分	認定有効期間
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定なし	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定なし	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定なし	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定なし	年 月 日 ~ 年 月 日

	症状		
	話のつじつま が合わなくな る	いつもの日課 をしなくなっ た	興味のあった ことに関心を 示さなくなっ た
年 月 日	なし・あり	なし・あり	なし・あり
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化
年 月 日	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化	なし・あり・ 悪化

介護支援専門員（ケアマネジャー）

担当者	開始日	年 月 日 ~
	事業所名	
	連絡先	

チェックリスト②

※該当するものに○をしてください。
3～6か月ごとが目安ですが、症状に合わせて記入してください。

	症状		
	料理の際に鍋を焦がすことがある	手順とおりにできないことがある	よく見ていたテレビ番組を見なくなった
年 月 日	なし・あり	なし・あり	なし・あり
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化

現在利用中のサービス

開始日	事業所名	担当者	連絡先
～			
～			
～			
～			
～			

本人情報

現在関わりのある民生委員

ふりがな	(姓)	(名)
名前		
電話		

チェックリスト①

※該当するものに○をしてください。

3～6か月ごとが目安ですが、症状に合わせて記入してください。

主な介護者が記入しましょう

記入者：

	症状		
	同じことを何度も言ったり、聞いたりする	置き忘れやしまい忘れが目立つ	ものの名前が出てこない
年 月 日	なし・あり	なし・あり	なし・あり
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化

	症状		
	会ったばかりの人を忘れる	時間の感覚が鈍くなった	慣れている場所で迷う
年 月 日	なし・あり	なし・あり	なし・あり
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化
年 月 日	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化	なし・あり・悪化