

在宅版

土浦市

～くらしを支えるおぼえがき～

在宅ケア連携手帳



冊目

ふりがな
氏名 _____

発行：土浦市 高齢福祉課

週間サービス一覧（プランを貼付しても可）

（記載日：平成 年 月 日）

起床・食事
就寝等

	月	火	水	木	金	土	日	一日の 過ごし方
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
24:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

備考（その他のサービス利用状況等）

【ご自分の状況をまとめてみましょう】

記載日：平成 年 月 日

暮らしの様子

※あてはまる所に☑（チェック）を入れてください。	
外出	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 外出しない (特記：)
車の運転	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 免許がない (特記：)
歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 車いす使用 (特記：)
掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
ゴミ出し	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
買物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 連れて行ってもらえばできる <input type="checkbox"/> お願いする (特記：)
お金の管理	<input type="checkbox"/> 自分で管理 <input type="checkbox"/> 家族が管理 (特記：)
食事の支度	<input type="checkbox"/> 自分で作る <input type="checkbox"/> 買ってくる <input type="checkbox"/> 家族が用意 (特記：)
食べる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 用意してもらえば食べられる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらう (回数： 回/日, 主食：ごはん・粥)
薬を飲む	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらう (声かけ・仕分け) (特記：)
着替え	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
トイレ	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 全部お願い (ポータブルトイレ・オムツ・パッド) (特記：)
入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
身だしなみ (はみがき・洗顔・整髪等)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 全部お願い (特記：)
通院	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 連れて行ってもらう <input type="checkbox"/> 医師が往診 (特記：)

	義歯：あり（ 総義歯 ・ 部分義歯 ） ・ なし 義歯の手入れ：している ・ していない 飲酒：あり（1日 合） ・ なし 喫煙：あり（1日 本） ・ なし 視力：低下あり（ ）・問題なし 聴力：低下あり（ ）・問題なし 睡眠：眠れない（ ）・問題なし 飲み込み：飲み込みにくい（ ）・問題なし
今までの生活	
楽しみ 趣味・特技	
家族の状況	一人暮らし・同居（ 人： ）
一日の過ごし方	
既往歴	診断名① いつから： 病院名：
	診断名② いつから： 病院名：
	診断名③ いつから： 病院名：
その他	アレルギー <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし 人工透析 <input type="checkbox"/> あり（右手・左手） <input type="checkbox"/> なし インスリン注射 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他：

【リハビリテーションの記録】

記載日：平成 年 月

わたしの目標

例) 1時間歩けるようになって、孫と散歩する。

自宅でのリハビリメニュー

1	2
3	4
5	6

運動時の注意事項・禁忌

