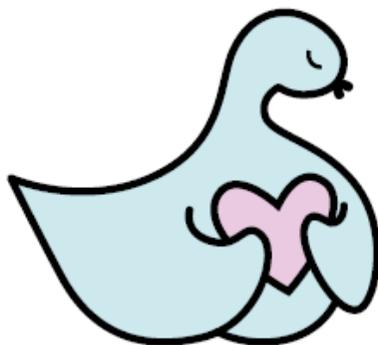


# 小樽市 長生きパスポート



お薬手帳などもまとめて いつも携帯ください

2019

## ご利用の皆様へ

長生きパスポートは、住み慣れた地域で住み続けることができる事を目指し、患者さん・ご家族と在宅医療・介護・福祉関係者がより良い協働連携を図るために「小樽市長生きパスポート」を作成しました。

健康管理のために必要な諸記録を記載し、お薬手帳などもまとめることで、医療・介護機関や救急時などにご本人の情報を伝えることができます。

### 医療・介護関係の皆様へ — 記載・取扱に関して —

患者さん・ご家族のご希望と情報を医療・介護・福祉関係者が共有することにより、より良いサービスを提供するために作られています。今後皆さまのご意見を聞きながら、改良発展させて行く予定です。記入に関しては、各自担当ページに基本情報を記入いただき、情報欄には特に変化があった事象や共有すべき事柄、希望について記入をお願いします。都度の記載は皆さまに多大な負担をおかけするため状態・状況の変化を中心に記載ください。変化のない時には記載は不要です。情報欄記入後は付箋を貼っていただくと情報が伝わりやすいと思います。

お薬手帳や健康保険証、介護保険証などを入れる為のファスナー付きのポケットが付いています。長生きパスポートに一括して収納されると、受診、サービス利用時に便利です。日々患者さんのご様子について医療・介護に係る重要な情報を共有できるよう記録し活用ください。

### 個人情報取扱には十分な注意とご配慮をお願いします。

手帳は小樽市ホームページ「おたる地域包括ビジョン協議会」よりダウンロードしてご利用ください。

[https://www.city.otaru.lg.jp/simin/korei/zaitakuiryo/vision\\_ass.html](https://www.city.otaru.lg.jp/simin/korei/zaitakuiryo/vision_ass.html)

## 基本情報

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 大正・昭和・平成  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住所 \_\_\_\_\_

自宅       同居       独居

施設 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

連絡がつく関係者

氏名	関係	電話番号
----	----	------

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

病名記録（現在治療中）

高血圧症  脂質異常症  糖尿病  高尿酸血症

1. 循環器疾患

狭心症  心筋梗塞  (詳細) )

心不全  弁膜症  (詳細) )

不整脈  (詳細) )

閉塞性動脈硬化症  その他  (詳細) )

2. 脳 神経 精神疾患

脳梗塞  脳出血  くも膜下出血   
(詳細) )

慢性硬膜下血腫  (詳細) )

認知症  (詳細) )

パーキンソン病  (詳細) )

うつ病  その他  (詳細) )

3. 腎泌尿器疾患

慢性腎不全  (詳細) )

前立腺肥大症  前立腺ガン  頻尿  失禁

その他  (詳細) )

4. 呼吸器疾患

肺炎  間質性肺炎  気管支喘息  肺気腫

肺がん  (詳細) )

その他  (詳細) )

5. 消化器疾患

食道癌  逆流性食道炎

(その他及び詳細) )

胃癌  胃潰瘍  萎縮性胃炎

(その他及び詳細) )

- 十二指腸潰瘍
- 小腸疾患  (詳細)
- 大腸疾患  (詳細)
- その他  (詳細)
- 6. 整形外科疾患**
- 変形性膝関節症  骨粗鬆症  脊柱管狭窄症
- (詳細)
- 圧迫骨折  腰椎  ( ) 胸椎  ( )
- 大腿骨頸部骨折  (詳細)
- 頸椎症  ヘルニア  (詳細)
- その他  (詳細)
- 7. 眼科疾患**
- 白内障  緑内障  その他  (詳細)
- 8. 皮膚科疾患**
- 帯状疱疹  褥瘡  (詳細)
- その他  (詳細)
- 9. 耳鼻科疾患**
- 難聴  良性頭位めまい症  メニエル病
- その他  (詳細)
- 10. 血液疾患**
- (詳細)
- 11. 婦人科疾患**
- 子宮癌  卵巣癌  乳がん
- その他  (詳細)
- 12. その他の疾患**
- ( )
- ( )

身体情報

食物アレルギー

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

薬剤アレルギー

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

MRI検査

- 可能
- 条件付き可能 詳細 \_\_\_\_\_
- 不可 詳細 \_\_\_\_\_

骨粗鬆症 治療薬（ビスフォスフォネート）の使用

- 経口薬
- 注射薬
- なし

抗血小板剤・抗凝固薬の服用

- あり
- なし

身体障害者 手帳

- あり 詳細 \_\_\_\_\_
- なし

# かかりつけ歯科医師チェックカード

◆歯やお口についてお悩みがある方は  
かかりつけ歯科医師にご連絡ください

歯科医院記入欄

かかりつけ歯科医師	_____年 月 日
歯科医院名 _____	
歯科医師名 _____	
住所 _____	
電話	FAX
義歯製作年月日	
	装着年月 平成 年 月
	装着年月 平成 年 月
特記事項（歯科的事項、口腔ケアなど）  	

かかりつけ歯科医師が分からない方は、在宅歯科医療連携室  
（一般社団法人小樽市歯科医師会 ☎0134-27-3000 まで）

※このページはケアマネジャーが記入します。

かかりつけ医療機関・歯科医院・薬局

I・医療機関 担当医 電話・FAX 通院 訪問

1			-		
			-		
2			-		
			-		
3			-		
			-		
4			-		
			-		
5			-		
			-		

II・歯科医院 電話・FAX 通院 訪問

1			-		
			-		
2			-		
			-		

III・薬局 電話・FAX 通院 訪問

1			-		
			-		
2			-		
			-		

※このページはケアマネジャーが記入します。

## 利用サービス事業所

### I 居宅介護（予防）支援事業所

	担当ケアマネ	電話・FAX
1.		- -
2.		- -
3.		- -

### II サービス事業所

1.		- -
2.		- -
3.		- -
4.		- -
5.		- -
6.		- -

## 要介護状態区分等

※このページはケアマネジャーが記入します。

介護保険番号( )

認定有効期限	介護認定
年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )
年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )
年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )
年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )
年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )
年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )
年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )
年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )
年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )









## 在宅療養メモ

※このページは本人、ご家族が記入します。

在宅療養を送るにあたり、今後の意向を示します。

(但し、随時、書き換えの変更は可能です)

1.ご本人の意向	年	月	日
• 最期を迎えたい場所			
□病院 □ 施設 □ 自宅 □ その他 ( )			
• 延命措置 □ 希望する □ 希望しない			
その他:( )			
• 伝えたいことなど			
.....			
.....			
.....			

2.ご家族の意向	年	月	日
• 最期を迎えたい場所			
□病院 □ 施設 □ 自宅 □ その他 ( )			
• 延命措置 □ 希望する □ 希望しない			
その他:( )			
• 伝えたいことなど			
.....			
.....			
.....			

お問合せ先

おたる地域包括ビジョン協議会

〒047-0033 小樽市富岡 1 丁目 5 番 15 号

一般社団法人 小樽市医師会

☎ 0134-22-4111