



My medical schedule note

私のカルテ

このスケジュール手帳の使い方

このスケジュール帳は、がんと他のいくつかの病気で複数の医療機関にかかっている方が、診察スケジュールを記入できるスケジュール帳です。それぞれの医療機関への受診状況や、治療のことなどご自身の病気のこと、連絡先など大切な情報も記しておきましょう。ご自身の担当医（病院、かかりつけ・在宅医、歯科医師）、薬剤師、看護師、ケアマネジャーなどが、より良い医療・介護を提供するために必要な時には情報共有のツールとしてこの手帳を活用してください。

- (1) この手帳のスケジュール部分は普段のスケジュールと診察や治療の予定など受診記録ができます。ご自身でお好きなように使ってください。
- (2) ご自分のこと、病気のことを記録するページがあります。記したことは、変更することができます。
- (3) スケジュール部分にはご自身の予定と、通院や治療の予定を記録しましょう。ページが足りない時は、以下のホームページからダウンロードができます。
http://www.ncc.go.jp/jp/ncc/clinic/palliative_care.html
- (4) 受診時や訪問診療時に必要に応じて、担当の医師、歯科医師、薬剤師、看護師などにお見せください。
- (5) 病院からもらった説明書・データ・お薬手帳などもこの手帳と一緒に保管しておくといいでしょ

メモ

それぞれの項目に記入し、当てはまる項目に☑してください。

ふりがな お名前				(才	男 <input type="checkbox"/>
					女 <input type="checkbox"/>
生年月日	明治・大正・昭和・ 平成 (西暦	年	年)	月	日
ご住所	(〒 -)				
電話番号	自宅	-		-	
	携帯	-		-	
家族	名前	続柄	電話番号		同別居
			自宅		同・別
			携帯		
			自宅		同・別
			携帯		
			自宅		同・別
			携帯		
			自宅		同・別
			携帯		
			自宅		同・別
			携帯		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 有		お薬			
		食物			
		その他			

がん以外の病気のこと

病名	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

これまでに 受けた治療	
----------------	--

病院	病院名	担当医・看護師	電話

気を付けるように言われていること

介護保険の申請・身体障害のこと

介護保険	<input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <div style="text-align: right;">(有効期限 年 月 日)</div>
身体障害	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 認定あり <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 音声 <input type="checkbox"/> そしゃく <input type="checkbox"/> その他 ()

療養生活での気付き

自宅のこと、経済的なことなど気付きがあれば書いておき、ソーシャルワーカーやケアマネージャーと相談しましょう

緩和ケア病棟・在宅医療など療養のこと

緩和ケア病棟

申し込み未

申し込み済み

病院名 ()

電話番号 ()

いつでも入院できる

保留

必要時電話することになっている

その他

()

在宅医療

申し込み未

申し込み済み

クリニック ()

担当医師名 ()

電話番号 ()

訪問看護ステーション ()

電話番号 ()

ご自身で大切にしていること

病気の説明について

病名・症状・治療方針についての説明

- 具体的にはっきり説明してほしい
- 良くない情報はあまり詳しく知りたくない
- 知りたくない
- 今は決められない

説明を一緒に聞いてほしい人

名前	ご関係	連絡先

今後、ご自分でいろいろなことを決めたりすることが難しくなった場合に、あなたに代わって大事なことを決めてくださる方はどなたですか？（上と同じ場合は、ご記入不要です）

名前	ご関係	連絡先

事前指示について

万が一、命にかかわる急変が起こり、これ以上回復の見込みがないと医師に判断された時、心臓マッサージや人工呼吸器をつけること（心肺蘇生術）を希望しますか？

- 心肺蘇生術について医師から詳しく説明をうけたい
- 今は決められない
- 心肺蘇生術を希望する
- 心肺蘇生術を希望しない
- _____ に任せる
- その他（ _____ ）

月				
1 ()				今月の目標
2 ()				
3 ()				
4 ()				
5 ()				
6 ()				
7 ()				
8 ()				
9 ()				
10 ()				
11 ()				
12 ()				
13 ()				
14 ()				
15 ()				Memo
16 ()				
17 ()				
18 ()				
19 ()				
20 ()				
21 ()				
22 ()				
23 ()				
24 ()				
25 ()				
26 ()				
27 ()				
28 ()				
29 ()				
30 ()				
31 ()				

月				
1 ()				今月の目標
2 ()				
3 ()				
4 ()				
5 ()				
6 ()				
7 ()				
8 ()				
9 ()				
10 ()				
11 ()				
12 ()				
13 ()				
14 ()				
15 ()				
16 ()				Memo
17 ()				
18 ()				
19 ()				
20 ()				
21 ()				
22 ()				
23 ()				
24 ()				
25 ()				
26 ()				
27 ()				
28 ()				
29 ()				
30 ()				
31 ()				

月				
1 ()				今月の目標
2 ()				
3 ()				
4 ()				
5 ()				
6 ()				
7 ()				
8 ()				
9 ()				
10 ()				
11 ()				
12 ()				
13 ()				
14 ()				
15 ()				
16 ()				Memo
17 ()				
18 ()				
19 ()				
20 ()				
21 ()				
22 ()				
23 ()				
24 ()				
25 ()				
26 ()				
27 ()				
28 ()				
29 ()				
30 ()				
31 ()				

月				
1 ()				今月の目標
2 ()				
3 ()				
4 ()				
5 ()				
6 ()				
7 ()				
8 ()				
9 ()				
10 ()				
11 ()				
12 ()				
13 ()				
14 ()				
15 ()				
16 ()				Memo
17 ()				
18 ()				
19 ()				
20 ()				
21 ()				
22 ()				
23 ()				
24 ()				
25 ()				
26 ()				
27 ()				
28 ()				
29 ()				
30 ()				
31 ()				

月				
1 ()				今月の目標
2 ()				
3 ()				
4 ()				
5 ()				
6 ()				
7 ()				
8 ()				
9 ()				
10 ()				
11 ()				
12 ()				
13 ()				
14 ()				
15 ()				
16 ()				Memo
17 ()				
18 ()				
19 ()				
20 ()				
21 ()				
22 ()				
23 ()				
24 ()				
25 ()				
26 ()				
27 ()				
28 ()				
29 ()				
30 ()				
31 ()				

月				
1 ()				今月の目標
2 ()				
3 ()				
4 ()				
5 ()				
6 ()				
7 ()				
8 ()				
9 ()				
10 ()				
11 ()				
12 ()				
13 ()				
14 ()				
15 ()				
16 ()				Memo
17 ()				
18 ()				
19 ()				
20 ()				
21 ()				
22 ()				
23 ()				
24 ()				
25 ()				
26 ()				
27 ()				
28 ()				
29 ()				
30 ()				
31 ()				

緊急の連絡先

お名前	関係	連絡先

その他の連絡先

名称	担当者名	連絡先
歯科医院		
保険薬局		
ヘルパー事業所		
担当地域包括支援センター		

この冊子へのご意見・お問い合わせ先

〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1

国立がん研究センター中央病院 緩和医療科

TEL 03-3542-2511

本冊子は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念
財団の助成により作成