

このファイルの使用方法

本人、家族、介護保険事業所等の方へ

- 1 このファイルの持ち主の氏名を**表紙**に記入してください。
- 2 このファイルの趣旨に同意される旨、**同意書**に自筆で署名してください(代筆可)。
ご家族または代理人の方も署名してください。
※表紙及び同意書の氏名等は、当ファイルを初めてお渡しする際に記入していただきます。
- 3 利用者基本情報**様式1**の太枠内をご自身またはご家族の方が記入してください。それ以外の部分は介護保険事業所等の方が記入してください。各項目が書ききれない場合には別紙を挿入してください。
- 4 私の生活・思いシート**様式2**に自由に記載してください。このファイルの持ち主が自ら記載しても、ご家族が記載しても結構です。また、介護保険事業所等の方が記載しても構いません。
- 5 このファイルの持ち主の医療や介護にかかわる方は名刺あるいは氏名、職種、住所、連絡先、メールアドレス等を名刺サイズの用紙に記入し、名刺入れに入れてください。
- 6 ご家族あるいは介護保険事業所等で、3~6か月ごとに認知機能評価スケール (**Mスケール**)及び日常生活動作評価スケール (**Aスケール**)の近い状態を選び、項目ごとの評価点を介護者の評価表**様式6**に記入してください。
Mスケール及び**Aスケール**ごとに合計点を集計し記入してください。
認知症の行動・心理症状があれば**様式6**の該当する症状をチェックしてください。
その他お気づきの点は**様式6**の備考欄に記してください。
- 7 各機関への連絡事項は**様式7**に記載し、連絡を受けた側はそれに対する返事を報告内容の欄に記載してください。(記入例参照)
- 8 ファイルに綴じられない用紙等はクリアファイルに入れてください。
- 9 クリアポケットには、お薬手帳など関連のものを入れてください。

このファイルの使用方法

医療機関の方へ

- 1 このファイルを必要とし、本人あるいは家族がその趣旨を理解され、十分ファイル管理ができることを確認の上、このファイルをお渡してください。
- 2 医療機関は**あなたの脳の健康管理の流れ**を説明してください。
- 3 このファイルについて説明し利用について同意を受けた医療機関は、同意書の記入と利用者基本情報**様式1**の太枠内を本人・家族が記入するよう説明し、利用者基本情報の裏面《現病歴・既往歴と経過》を記載してください。
- 4 このファイルを利用することについて担当のケアマネジャー（いない人は地域包括支援センター職員）に伝えるよう、本人・家族に説明してください。
- 5 このファイルの持ち主の医療や介護にかかわる方は名刺あるいは氏名、職種、住所、連絡先、メールアドレス等を名刺サイズの用紙に記入し、名刺入れに入れてください。
- 6 病状説明用紙をファイルしてください。
- 7 診療情報提供書（初回・再来）**様式3**をファイルしてください。
※2回目以降の診療情報提供は**様式3**の再来を丸で囲み必要事項を記載し、ファイルしてください。
- 8 診療情報提供書（報告用）**様式4**をファイルしてください。
- 9 専門医療機関再診時、診察内容、検査所見、治療法の提案、フォロー先・次回受診日時、その他お気づきの点などを**様式5**に記入してください。画像検査専門機関に画像検査を依頼した場合は、施行した日付とその有無を**様式5**のチェックボックスにチェックし、画像検査報告書のコピーをファイルしてください。画像検査専門機関への診療情報提供書は自院の書式で記載し（特に脳の健康ファイルに挿入する必要はありません）、別紙（**様式5**のこと）参照と記載してください。
- 10 各機関への連絡事項は**様式7**に記載し、連絡を受けた側はそれに対する返事を報告内容の欄に記載してください。（記入例参照）
- 11 ファイルに綴じられない用紙等はクリアファイルに入れてください。
- 12 このファイルを持ち運ぶときは、添付のバッグに入れる等し、紛失に注意していただくよう説明してください。