

慢性腎臓病(CKD)患者さんのための

# 治療・生活

## 連絡ノート



氏名

受診の際にご持参ください

治療・生活連絡ノートは、  
慢性腎臓病(CKD)患者さんやご家族、  
患者さんにかかる医療・介護スタッフ間での  
情報共有をスムーズに行い、患者さんにより良い生活を  
送っていただくためのものです。

患者さんが多くの時間を過ごす家庭での情報は、  
治療を行ううえでもとても重要です。

身体や気持ちの変化、日常生活でお困りのこと、  
気がかりなこと、不安なことなどを「連絡欄」に書きとめて、  
次回受診時に医師または看護師にご相談ください。

患者さんの日常生活をサポートしている全員が  
患者さんの状況を理解してケアできるように、  
ご記入をお願いします。

病気と向き合うなかで、どのように暮らしていきたいと考えていますか。  
大切にしたいこと、楽しみにしていることなども書いてみましょう。

.....

周囲の方から患者さんにメッセージを送りましょう。

.....

( )より

# 基本情報

フリガナ

氏名



生年月日

(明・大・昭・平) / 西暦

年 月 日

住所 (〒 - )

電話番号 ( )

CKD以外に治療中の病気

これまでにかかった病気

アレルギー (なし・あり) ( )

緊急連絡先	順番	氏名	続柄等	連絡先
	①			
	②			
	③			

## 家族構成

(同居の方は枠で囲み、主たる支援者に①をつけてください)

### 記入例



ペット	(いる)・(いない)
名前:	
種類:	

## 要支援・要介護の認定区分

申請中 

年 月 日 現在

要支援 ①・② / 要介護 ①・②・③・④・⑤

(記入日: 年 月 日)

要支援 ①・② / 要介護 ①・②・③・④・⑤

(記入日: 年 月 日)

要支援 ①・② / 要介護 ①・②・③・④・⑤

(記入日: 年 月 日)

## 日常生活状況

	介助	介助が必要な場合の具体的な介助方法・頻度等
薬の管理	要 ・ 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 本人以外による保管や仕分けが必要( ) <input checked="" type="checkbox"/> 服薬時の同席が必要( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他( )
調理	要 ・ 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス等を利用( ) <input checked="" type="checkbox"/> 家族またはホームヘルパーが行う( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他( )
買い物	要 ・ 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 付き添いが必要( ) <input checked="" type="checkbox"/> 家族またはホームヘルパーが行う( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他( )
掃除	要 ・ 不要	<input checked="" type="checkbox"/> ごみ出しは介助が必要( ) <input checked="" type="checkbox"/> 家族またはホームヘルパーが行う( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他( )
洗濯	要 ・ 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 寝具等の大物は介助が必要( ) <input checked="" type="checkbox"/> 家族またはホームヘルパーが行う( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他( )
清拭 ・ 入浴	要 ・ 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要( ) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴介護を利用( ) <input checked="" type="checkbox"/> デイサービスを利用( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他( )
移動	要 ・ 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 付き添いが必要( ) <input checked="" type="checkbox"/> 車いすが必要( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他( )

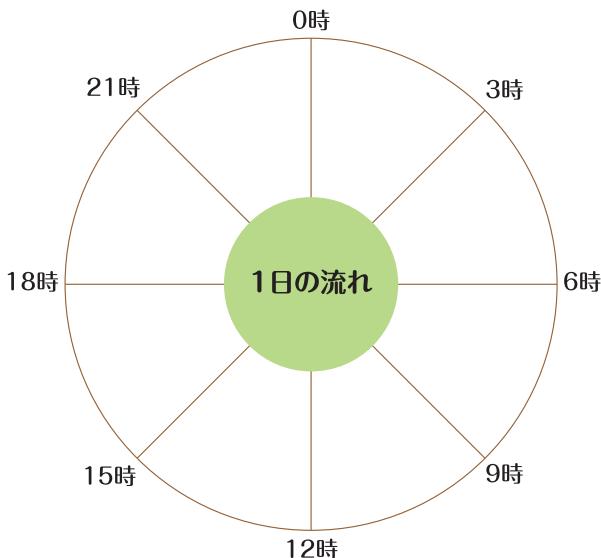
好きなこと・趣味

職業(ご経験も含めて)

## ライフスタイル

食事・外出・入浴・睡眠など、1日の流れを記入してください。

(血液透析中の患者さんは、透析日ではない日の過ごし方を書いてください)



## 週間スケジュール

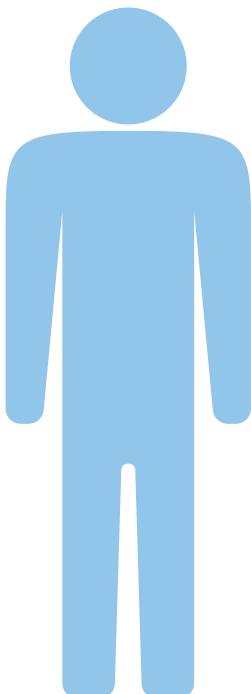
通院や往診、透析の予定、訪問看護や介護サービスの利用予定など、一週間の基本的な流れを記入してください。

	日	月	火	水	木	金	土
午前							
午後							

## 身体状況

シャントの位置、腹膜透析カテーテル出口部のほか、身体の変化について記入し、受けているケアがあれば、あわせて記入してください。

(記入例:左足親指にしびれを感じる。○△クリニックでフットケアを受けている)



# 食事に関する注意事項

## 医師からの指導内容

食塩摂取量は1日 \_\_\_\_\_ g以上、 \_\_\_\_\_ g未満に抑えましょう。

水分摂取

\_\_\_\_\_

カリウム摂取

\_\_\_\_\_

リン摂取

\_\_\_\_\_

たんぱく質摂取

\_\_\_\_\_

その他

## 日々の食事

食事の用意について、主なパターンを①～⑧から選んで表に記入してください。

- ① 自炊 ② 家族が用意 ③ 中食(弁当などを買って自宅で食べる) ④ 施設が用意  
⑤ 配食サービス ⑥ 外食 ⑦ 食べないことが多い ⑧ その他

	日	月	火	水	木	金	土
朝食 ____:____頃							
昼食 ____:____頃							
夕食 ____:____頃							

備考

# 透析に関する情報〈血液透析〉

**透析回数** 週 \_\_\_\_ 回 (月・火・水・木・金・土・日)

**透析時間** 午前・午後 \_\_\_\_ : \_\_\_\_ から \_\_\_\_ 時間

**透析を受けている施設**

**透析施設への通院手段**

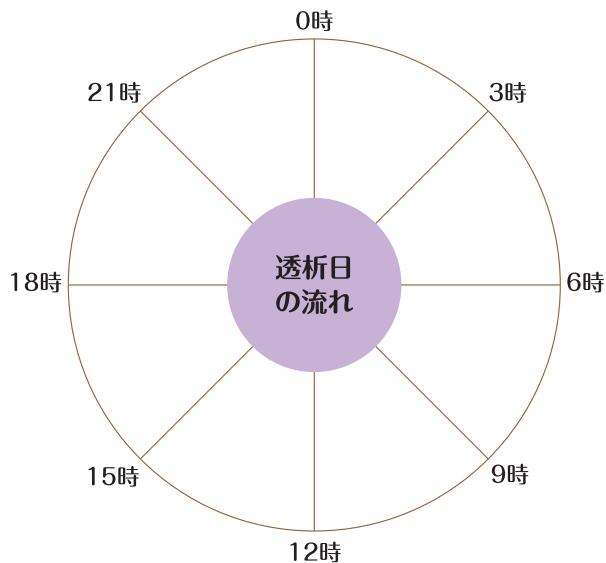
透析施設の送迎サービス / 家族が送迎 /

ヘルパーが送迎 / 自分で行く /

その他( )

## 透析日の過ごし方

食事・通院・入浴・睡眠など、1日の流れを記入してください。



備考

## 透析に関する情報〈腹膜透析〉

メーカー	バクスター・テルモ・JMS・フレゼニウス その他( )
接合方式	手動・装置使用
治療方法	CAPD (連続携行式腹膜透析) • APD (自動腹膜透析)
治療場所	寝室・リビング・その他( )

**バッグ交換** 自分で行う / 一部介助が必要 / すべて介助が必要  
(介助者 )

**排液処理** 自分で行う / 一部介助が必要 / すべて介助が必要  
(介助者 )

**出口部ケア** 自分で行う / 一部介助が必要 / すべて介助が必要  
(介助者 )

備考

## 薬の記録

飲み忘れを防ぐため、薬が処方された日や薬の名前を覚えておくことをおすすめします。薬局で受け取った説明書を貼り付けても構いません。薬が変更になったときなどに、記入してください。

お薬手帳を活用されている場合は、そのまま続けてください。

年月日	薬の名前	処方した医師名・ 医療機関名	備考欄 (記入者など)

年月日	薬の名前	処方した医師名・ 医療機関名	備考欄 (記入者など)

# 患者さんを支える医療・介護の体制

## 病院

施設名

主治医

電話番号

緊急連絡先



## 訪問看護

施設名

担当者

電話番号

緊急連絡先



## ケアマネージャー

施設名

担当者

電話番号

緊急連絡先



## 訪問診療医

施設名

主治医

電話番号

緊急連絡先



## 透析施設

施設名

主治医

電話番号

緊急連絡先



## 介護サービス デイサービス・ホームヘルパー・その他:

施設名

担当者

電話番号

緊急連絡先



施設名

担当者

電話番号

緊急連絡先



すべて記入する必要はありません。記入や名刺の貼付にあたっては、  
ノートの趣旨を説明し、医療・介護スタッフさんご本人の承諾を得てください。

### 名刺貼付欄

医療・介護スタッフの方から  
受け取った名刺がありましたら、  
こちらに貼って保管してください。



より良い  
生活を送る  
ための

# 連絡欄



身体や気持ちの変化、日常生活でお困りのこと、不安なことなどを関係するスタッフに伝えてください。患者さんの周囲の方が、患者さんの変化や気がかりなことなどを記入して、関係するスタッフに伝えるためにもお使いください。

記入例	記入日	連絡内容	
	記入者 ↓ 確認者	返信の必要性	確認日：確認者
	年 月 日 ↓ 年 月 日 ↓ 年 月 日 ↓ 年 月 日	返信／要・不要	確認しました（ / : ）
2019年 2月 14日 娘(和子)から 病院の先生へ	父の足の爪を切っていたところ、右足に皮膚がむけているところがあるのを見つけました。 本人も少し痛そうにしていて心配です。	返信／要・不要	確認しました（ / : ）
年 月 日 ↓ 年 月 日 ↓ 年 月 日 ↓ 年 月 日	返信／要・不要	確認しました（ / : ）	
年 月 日 ↓ 年 月 日 ↓ 年 月 日 ↓ 年 月 日	返信／要・不要	確認しました（ / : ）	
年 月 日 ↓ 年 月 日 ↓ 年 月 日 ↓ 年 月 日	返信／要・不要	確認しました（ / : ）	

連絡欄

記入日 記入者 ↓ 確認者	連絡内容	
	返信の必要性	確認日：確認者
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（／：）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（／：）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（／：）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（／：）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（／：）

連絡欄

記入日 記入者 ↓ 確認者	連絡内容	
	返信の必要性	確認日：確認者
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）

連絡欄

記入日 記入者 ↓ 確認者	連絡内容	
	返信の必要性	確認日：確認者
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）

連絡欄

記入日 記入者 ↓ 確認者	連絡内容	
	返信の必要性	確認日：確認者
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）

# 連絡欄

記入日 記入者 ↓ 確認者	連絡内容	
	返信の必要性	確認日: 確認者
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )

連絡欄

記入日 記入者 ↓ 確認者	連絡内容	
	返信の必要性	確認日：確認者
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）

# 連絡欄

記入日 記入者 ↓ 確認者	連絡内容	
	返信の必要性	確認日: 確認者
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年 月 日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )

連絡欄

記入日 記入者 ↓ 確認者	連絡内容	
	返信の必要性	確認日：確認者
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました（　／　：　）

# 連絡欄

記入日 ↓ 記入者 確認者	連絡内容	
	返信の必要性	確認日：確認者
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )
年　月　日		
↓		
	返信／要・不要	確認しました( / : )

このノートは、患者さんにとって、とても大切なものです。  
拾われた方は、**1ページに記入してある連絡先までご連絡ください。**

医療機関名

監修

日本赤十字社医療センター  
腎臓内科 部長 石橋由孝 先生  
腎臓内科 柳 麻衣 先生  
血液浄化センター

協和発酵キリン株式会社

NSP0617A19B  
KK-18-02-21166  
2019年2月作成