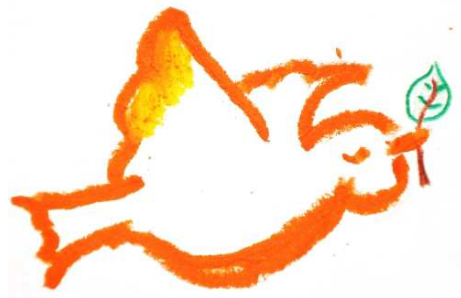


こころの健康手帳

(わたしと支援者をつなぐ手帳)



こころの健康手帳

<目次>

- こころの健康手帳とは・・・・・・・・・・ 1
- こころの健康手帳の使い方・・・・・・・・ 1
- こころの健康手帳にかかる同意書・・ 2
- わたしに関すること
 - ・プロフィール・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
 - ・困ったときの対応・・・・・・・・・・・・ 4
 - ・生活に関する希望・・・・・・・・・・・・ 5
 - ・スケジュール・・・・・・・・・・・・・・ 6
 - ・体調チェックシート・・・・・・・・・・・・ 7
- 質問・相談表・・・・・・・・・・・・・・ 9
- 関係機関の連絡先・・・・・・・・・・・・ 13

こころの健康手帳とは

この手帳はこころの病気を持つ方のための地域連携パスです。

地域連携パスとは、こころの病気を持つ方が住みなれた地域で、できる限り自分らしく過ごせるように、ご本人を中心に、医療機関、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、行政機関などの支援者が情報を共有し、ご本人への支援を効果的に行うことを目的としています。なお、この手帳は、関係機関のご協力をいただいて作成するもので、利用することによる費用負担は発生しません。



こころの健康手帳の使い方

- (1) ご本人は手帳を受け取ったら、「プロフィール」、「困ったときの対応」、「緊急連絡先」、「生活に関する希望」、「スケジュール」、「体調チェックシート」の各項目の記入をお願いします。
- (2) ご本人の必要に応じて記入してください。なお、書きたくないところは書かなくてもかまいません。
- (3) ご本人、ご家族、医療、介護、福祉等の支援に携わる方など、連携機関に情報提供が必要な場合は「質問・相談表」に記載をお願いします。
- (4) この手帳には個人情報がたくさん記入されているので、なくさないようにしてください。

こころの健康手帳の使用にかかる同意書

わたしはこの手帳に記載されている個人情報、医療機関や障害福祉サービス事業所などへ情報提供することに同意します。

この手帳は、わたしが責任を持って保管するとともに、紛失した時の問題や責任は保管者にあることを理解したうえで、この手帳の使用に同意します。

平成 年 月 日

ご本人サイン：

わたしに関すること

記入日：平成 年 月 日

<プロフィール>



ふりがな
名 前： _____ (性別： 男・女)

生年月日：(昭和・平成) 年 月 日 歳

住 所： _____

自宅電話： _____

携帯電話： _____

健康保険の種類：
(国保・健保・生保・その他 ())

仕事、または昼間通っているところ

通っているところの名前	連絡先

<困ったときの対応>

- 調子が悪いときのサイン

- 調子が悪いときの解決方法

<緊急連絡先>

- 氏 名： _____

- 本人との関係： _____

- 住 所： _____

- 連絡先

・ 昼間： TEL _____

・ 夜間： TEL _____

<生活に関する希望>



【わたしの目標】

【目標達成のためにがんばること】

<スケジュール>



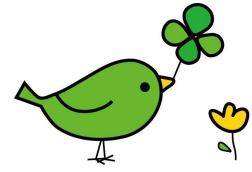
【週間】

曜日	時間帯	内容(サービス利用を含む)
月		
火		
水		
木		
金		
土		
日		

【月間】

--

<体調チェックシート>



■ご自身の体調を確認しましょう。

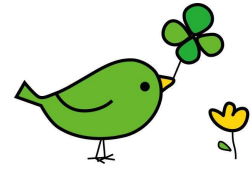
○（よい）、△（まあまあよい）、×（よくない）をご記入ください。

■体調を確認して、その結果を支援者と振り返りましょう。

支援者は必要なアドバイスをコメント欄に記載してください。

月 日	こころの調子	からだの調子	その他	伝えたいこと・困っていること	支援者コメント
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）

<体調チェックシート>



■ご自身の体調を確認しましょう。

○（よい）、△（まあまあよい）、×（よくない）をご記入ください。

■体調を確認して、その結果を支援者と振り返りましょう。

支援者は必要なアドバイスをコメント欄に記載してください。

月 日	こころの調子	からだの調子	その他	伝えたいこと・困っていること	支援者コメント
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）
/					サイン（ ）

質問・相談表



月日	質問する人（氏名）	→	答えてほしい人（氏名）
	内容		内容
/			
/			
/			
/			
/			
/			

質問・相談表



月日	質問する人 (氏名) →	答えてほしい人 (氏名)
	内容	内容
/		
/		
/		
/		
/		
/		

質問・相談表



月日	質問する人（氏名）	→	答えてほしい人（氏名）
	内容		内容
/			
/			
/			
/			
/			
/			

質問・相談表



月日	質問する人（氏名）	→	答えてほしい人（氏名）
	内容		内容
/			
/			
/			
/			
/			
/			

関係機関の連絡先



【医療機関】

医療機関名	主治医・担当者	連絡先

【行政機関】

機関名	担当者	連絡先

【相談支援事業所】

機関名	担当者	連絡先

【障害福祉サービス事業所】

機関名	担当者	連絡先

【その他】

機関名	担当者	連絡先



【作成者】

福岡県健康増進課 こころの健康づくり推進室

福岡県精神保健福祉センター

福岡県保健福祉（環境）事務所ワーキンググループ