

関 係 各 位

一般社団法人 JAPH ネットワーク  
会 長 菅 野 隆

日精協版 認知症地域連携パス 『「オレンジ手帳」—第二版—』 販売について

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。  
平素は、当法人の事業にご理解ならびにご協力頂き厚くお礼申し上げます。  
この度、日本精神科病院協会で作成・商標登録致しました認知症地域連携パス『「オレンジ手帳」—第二版—』につきまして、一般社団法人JAPHネットワークで発行・販売することとなりました。「オレンジ手帳」は、認知症患者本人や家族の方が常に携帯しながら、医療機関の受診・介護保険サービス機関等の利用を行っていただくことで、精神科病院、介護施設、事業所等で連携をとりながら円滑な治療・介護を行うことを目指した「認知症地域連携パス」です。  
ご希望の方は、別紙発注書にご記入の上、下記の一般社団法人JAPHネットワークまでFAXにてお申込み下さいますようお願い致します。請求書は納品時に同封し発送致します。（※発注いただいてから納品まで1週間程度お時間を要しますので、ご承知おき下さいますようお願い致します。）

**■ オレンジ手帳**

**基本 同意書**

私は本手帳に記載されている個人情報、医療機関や介護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、家族もしくは介護者で責任を持って保管すると共に、紛失時の問題や責任は保管者にあることを理解したうえで、本手帳の活用に同意いたします。

平成 年 月 日

ご本人: \_\_\_\_\_  
ご家族: (介護者) \_\_\_\_\_  
続柄: \_\_\_\_\_

**成年後見制度**  
※成年後見人、保佐人、補助人が選任されている場合は、下記に署名をお願いします。  
お名前: \_\_\_\_\_  
後見人 保佐人 補助人  
TEL( ) \_\_\_\_\_

-2-

**わたしのプロフィール:本人・家族**

記入者: \_\_\_\_\_ (関係) \_\_\_\_\_ (性別)

ふりがな \_\_\_\_\_ (性別)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 ( )歳

生活状況  自宅 TEL: ( ) \_\_\_\_\_  
 施設 種別: \_\_\_\_\_  
施設名称: \_\_\_\_\_

家族連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

<身体状況>  
身長( cm ) / 体重( kg )

アレルギー  無  
 有(お薬: \_\_\_\_\_ 食物: \_\_\_\_\_)

感染症  有(肺結核・B型肝炎・C型肝炎・他  
・過去に肺結核にかかったことが(  有  無 )

-3-

**現在の状態像:主な介護者、医療・介護機関の担当者**

確認する項目	選択肢(該当番号に○印)
	期 月 日
認知症の診断 受診状況	1. あり 2. なし 3. 不明
最近の出来事 に対して	1. 数分前~数時間 前までの出来事 を覚えている 2. 数日前のこと を覚えている 3. とっつき覚える
過去の出来事 に対して	1. 数ヶ月のこと を覚えている 2. 数年前のこと を覚えている 3. とっつき覚える
自力歩行	1. できない 2. 一部介助 3. できる
外出状況	1. 外出なし 2. 家族と一緒に 外出 3. 一人で可能
食料管理	1. できる 2. 一部介助 3. 不能
薬の内服	1. できる 2. 一部介助 3. できる
食事 1食あたりの食事量	1. 減少傾向 2. 変化なし 3. 増やす傾向
1日の水分量	1. 減少傾向 2. 変化なし 3. 増やす傾向
トイレ 頻度の必要性	1. 減少傾向 2. 一部介助 3. なし
尿・便失禁 頻度の必要性	1. あり 2. たまたまある 3. なし
認知症 の認知	1. 覚悟使用 2. 意識のみ使用 3. なし
認知 の必要性	1. 減少傾向 2. 一部介助 3. なし
認知 の必要性	1. あり 2. たまたまあり 3. なし
認知 の必要性	1. 減少傾向 2. 一部介助 3. なし
認知 の必要性	1. あり 2. たまたまある 3. なし
認知 の必要性	1. 減少傾向 2. 一部介助 3. できる

-4-

<オレンジ手帳問い合わせ先>  
一般社団法人 JAPH ネットワーク  
TEL : 03-5232-3313 (代表)  
FAX : 03-5232-3315

発注書FAX送信先： 03-5232-3315

問い合わせ先TEL:03-5232-3313(代表)

平成 年 月 日

オレンジ手帳 第二版 発注書

一般社団法人 JAPHネットワーク 様

■所属先名：

所属先住所 〒

TEL :

FAX :

担当者氏名：

■納品先住所 〒

TEL :

FAX :

商品名	単価	数量	金額
オレンジ手帳 <u>第二版</u>	100 円(税込)		
	合計(税込)		

※100部未満のご発注の場合は、送料をご負担下さいますようお願い致します。  
(着払い伝票で発送します)

※ビニールカバーはついておりません。(カバー単体での販売も行っておりません。)

※請求書は納品時に同封し発送致します。

※発注いただいてから納品まで1週間程度お時間を要します。