

私のおもい ちょっとだけシート



記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日



中津市在宅医療・介護連携推進事業
中津市 介護長寿課

私のおもいちょっとだけシート (1)

もしもの時の連絡先について

| | | | |
|------|--|---|--|
| 私の氏名 | | | |
| 住 所 | | ☎ | |

このシートの内容について、説明が済んでいる人には、
チェック☑を入れてください。

| | | | |
|--------------|-------|-------------------------------|--|
| 緊急時に連絡してほしい人 | | <input type="checkbox"/> 説明済み | |
| 氏 名 | | ☎ | |
| 住 所 | 続柄() | | |
| かかりつけの先生 | | <input type="checkbox"/> 説明済み | |
| 医師名 | | ☎ | |
| 病医院 | | | |
| 担当ケアマネジャー | | <input type="checkbox"/> 説明済み | |
| 氏 名 | | ☎ | |
| 事業所 | | | |

私のおもいちょっとだけシート (2)

もしもの時の希望する医療について

治療をしても回復が見込めない状態になった時の
「延命治療」について、あなたの気持ちに近いものに
チェック☑を入れてください。

- 心臓マッサージなどの心肺蘇生法
 希望する 希望しない
- 延命のための人工呼吸器
 希望する 希望しない
- 鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給
 希望する 希望しない
- 点滴による水分補給
 希望する 希望しない
- 痛みについて
 副作用があっても、痛みは出来るだけ抑えてほしい
 ある程度の痛みがあってもいいので、出来るだけ自然な状態で過ごしたい
- 最期を過ごしたい場所
 自宅 病院 入居施設
 家族の判断に任せる

私のおもいちょっとだけシート (3)

私の病気について

【治療中の病気(医療機関)】

【過去にかかった病気(医療機関)】

アレルギー(有・無) / 副作用(有・無)

