

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

(記入日) 令和 年 月 日

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)

.....

.....

.....

