|  |
| --- |
| 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☑を入れてくだい。 |
| 緊急時に連絡してほしい人 □説明済み |
| 氏名 |  | ☎ |  |
| 住所 | 続柄（　　） |
| かかりつけの先生　　 □説明済み |
| 医師名 |  | ☎ |  |
| 病院名 |  |
| 担当ケアマネジャー　 □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。 |
| １．心臓マッサージなどの心肺蘇生法□　希望する　　　　　□　希望しない２．延命のための人工呼吸器□　希望する　　　　　□　希望しない３．鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給□　希望する　　　　　□　希望しない４．点滴による水分補給□　希望する　　　　　□　希望しない５．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６．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） |
|  |
|  |
|  |
| 私のおもいちょっとだけシート（４） |
| 今の私のおもい |
|  |
| ●趣味・特技 |
|  |
| ●好きな音楽 |
|  |
| ●好きな花・香り |
|  |
| ●好きな食べ物 |
|  |
| ●楽しみ |
|  |
| これからの私のおもい |
|  |
| ●興味のあること |
|  |
| ●行きたいところ |
|  |
| ●気がかりなこと |

|  |
| --- |
| 私のおもいちょっとだけシート（５） |
| 私の介護について |
|  |
| ●どこで支援（介護など）を受けたいですか？□　自宅　　　□　子どもの家□　病院や施設□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| ●どなたの支援（介護など）を受けたいですか？□　配偶者　□　子ども　□　介護職員□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 私の病気の告知について |
|  |
| ●私には・・□　余命などしっかりと教えてほしい□　病気のみ教えてほしい□　知らせないでほしい |
|  |
| ●家族には・・□　余命などしっかりと伝えてほしい□　病気のみ伝えてほしい□　知らせないでほしい |
|  |
| 私の代理判断について |
|  |
| ● もしもの時に、あなたに代わって判断してくれる方とこのシートの内容について繰り返し話し合うようにしましょう。　　また、その方の連絡先などは、「緊急時に連絡してほしい人、かかりつけの先生、担当ケアマネジャー」に伝えておきましょう。 |

|  |
| --- |
| 私のおもいちょっとだけシート（６） |
| 私の保険について |
| ●加入保険情報（生命保険、がん保険など） |
| 会社名 | 担当者 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| このシートの使い方 |
|  |
| ●「私のおもい」を整理する目的で作成します。このシートには法的効力はありません。 |
|  |
| ●「私のおもい」が変わった時には書き直せるように、鉛筆で書くことをお勧めします。 |
|  |
| ●シート（１）（２）が外側になるよう三つ折りにし、お薬手帳カバーの中にはさむなど、わかりやすいところに入れ、ご家族や医療介護の関係者にも、その場所を伝えておきましょう。 |
|  |
| 発行：中津市在宅医療・介護連携推進協議会　　　中津市　介護長寿課 |