|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |