

いつまでも自分らしい人生を送るために

いつまでも自分らしい人生を送るために、もしもの時に備えて、今の、あなたの思いや考えを整理してみませんか。そして、あなたが信頼できる大切な人と話し合ってください。

話し合った日: 年 月 日 記入日: 年 月 日

あなたのことについて

話し合った人:

ふりがな
氏名: (男・女) 生年月日: 年 月 日 生まれ

電話番号: 自宅 (.....) — (.....) — (.....)

携帯 (.....) — (.....) — (.....)

かかりつけ医療機関: 医師名:

かかりつけ医療機関: 医師名:

介護サービス事業所: ケアマネジャー
担当者:

あなたにとって何が大切ですか？

あなたの人生で大切にしたいことは何ですか？ あなたは、これから先、どのように暮らしていきたいですか？ 今のあなたの思いや考えを整理してみましょう

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながることもあること | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たせること |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 人として大切にされること |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

あなたが信頼できる人は誰ですか？

もしも、予測しない事故や突然の病気、認知症の進行など、あなた自身が思いや考えを伝えたり、判断できなくなった時に、あなたの代わりに医療や介護に関する思いや考えを伝えたり、判断してくれる人(代理人)を選んでおくことは大切です。

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> パートナー | <input type="checkbox"/> 父・母 | <input type="checkbox"/> 子供・孫 | <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 |
| <input type="checkbox"/> 親戚 | <input type="checkbox"/> 友人・知人 | <input type="checkbox"/> 頼める人はいない | <input type="checkbox"/> その他 | |

あなたの医療や介護に関する希望や思いは？

あなたが希望する医療や介護を受けるために、あなた自身で前もって考え、整理しておく、もしもの時に安心です。

① もしも、あなたが病気になったら？

- 自分の健康状態や病気についてどのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたい
- 1日でも長く生きられるような治療を受けたい
- 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
- できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最小限の治療を受けたい
- 延命は考えていないので、治療は受けたくない
- その他

② もし、認知症などで、自分が判断できなくなった時、あなたはどのように過ごしたいですか？

- 可能な限り自分で身の回りのことを行い自宅で生活したい
- 家族やヘルパーなどの手を借りながら自宅で生活したい
- 施設や病院で過ごし、食事やトイレなど最低限自分でできる生活が送りたい
- 施設や病院で過ごし、とにかく長生きしたい
- その他

③ 将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時、あなたはどこで過ごしたいですか？

- 自宅
- 施設
- 病院
- その他()
- わからない

あなたの思いや考え、医療や介護について意思表示しておきたいこと(心肺蘇生、人工呼吸器、経管栄養など)を自由に書いてみましょう。

.....

.....

状況や気持ちが変わることはあります。その都度、信頼できる大切な人と話し合ってください。
当院で医療やケアを受ける際に、ご意向をお聞かせください。(このシートは看護師におわたしてください)