

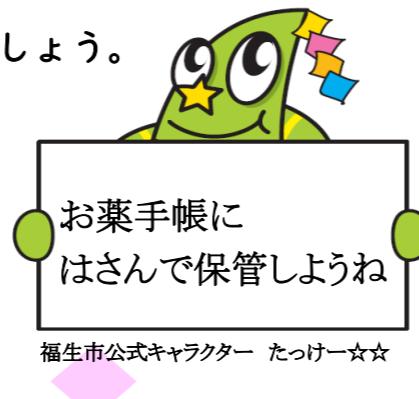
もしもカード

病気やケガで、自分の意思を伝えられなくなるかもしれません。

“もしも”は「いつ」「どこから」やってくるかわかりません。

「まだ早い」と思うかもしれません、今から備えましょう。

あなたの大切にしていること



☆備考欄(主な既往歴・アレルギーやお薬での副作用など記入して下さい)

☆さらに詳しく記録したい方は、エンディングノートをご活用下さい。

市役所・地域包括支援センター・公共施設で配布しています。

記入日 年 月 日 氏名

もしもの時の連絡リスト

名前	続柄	電話番号	居住地
			区 市 区 市

病気の時は・・・

☆告知について

- 病名・余命を告知してほしい 病名のみ告知してほしい
病名・余命共に告知を希望しない その他 ()

☆終末期を過ごす場所

- 病院を希望する 自宅を希望する ホスピスを希望する
その他 ()

☆自分で食べられなくなった時の栄養摂取

- 点滴を希望する 経管栄養を希望する
胃ろうを希望する 自然に任せて欲しい
その他 ()

☆延命治療

- 可能な限り延命治療を受けたい 延命治療は希望しない
延命より苦痛緩和を重視したい
その他 ()

介護について・・・

☆生活の場所

- 自宅を希望する お任せする
病院・施設を希望する (名称:)

☆介護費用

- 預貯金や年金などでまかなってほしい 保険に加入している
特に用意はしていない

☆療養が長期になったときに金銭管理をお願いしたい人

名前 :

電話番号 :