


「わたしの人生ファイル」とは

あなたが医療や介護を安心して受けられるように、ご自身・ご家族や専門職で情報を共有し、在宅療養を支援するために、又、これからの人生をどう過ごすか考えておくためのファイルです。

※タイトルが

 のページは**本人や家族**が記入してください。
※ケアマネジャーや専門職と相談して記入いただいても大丈夫です。

 のページは**ケアマネジャーや関係機関の専門職**が記入してください。

各ページの下欄で、(基本)となっている箇所はご記入いただき、(活用)となっている箇所は必要な時にご活用下さい。

各ページで、情報が変わった場合は、差し替えをしながらご使用下さい。

行田市在宅医療・介護連携推進協議会

患者情報共有・ICT 部会

〔事務局〕 行田市健康福祉部高齢者福祉課

目次

私のための
ページ番号



1 基本事項・緊急連絡先

2 情報シート① 保険・医療(医・歯・薬)情報

3 情報シート② 介護情報

4 情報シート③ 生活状況・自分自身について

5 情報シート④ 健康情報

6 現在出来ていること

7 わたしの状況について①

8 わたしの状況について②

9 家族と多職種の連絡シート

10 これからの私(私らしく人生を最期まで)





基本事項・緊急連絡先

本人や家族等が記入してください。

※ケアマネジャーや専門職と相談して記入いただくこともできます。

記入日 年 月 日

フリガナ	
お名前	
性別	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
住所	
電話番号	— —
家族構成	

緊急連絡先①（1番目に頼れる方＝主な介護者）

氏名	同居 ・ 別居	続柄	
電話番号	—	—	連絡可能時間帯(未記入はいつでも可) 曜日 時頃
携帯電話	—	—	連絡可能時間帯(未記入はいつでも可) 曜日 時頃
住所			
備考			

緊急連絡先②（2番目に頼れる方）

氏名	同居 ・ 別居	続柄	
電話番号	—	—	連絡可能時間帯(未記入はいつでも可) 曜日 時頃
携帯電話	—	—	連絡可能時間帯(未記入はいつでも可) 曜日 時頃
住所			
備考			

民生委員	
電話番号	— —

避難場所	第1候補 ()
	第2候補 ()

(基本)



基本事項・緊急連絡先

本人や家族等が記入してください。

※ケアマネジャーや専門職と相談して記入いただくこともできます。

記入日 年 月 日

フリガナ	
お名前	
性別	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
住所	
電話番号	— —
家族構成	

緊急連絡先①（1番目に頼れる方＝主な介護者）			
氏名	同居・別居	続柄	
電話番号	— —		連絡可能時間帯（未記入はいつでも可） 曜日 時頃
携帯電話	— —		連絡可能時間帯（未記入はいつでも可） 曜日 時頃
住所			
備考			

緊急連絡先②（2番目に頼れる方）			
氏名	同居・別居	続柄	
電話番号	— —		連絡可能時間帯（未記入はいつでも可） 曜日 時頃
携帯電話	— —		連絡可能時間帯（未記入はいつでも可） 曜日 時頃
住所			
備考			

民生委員	
電話番号	— —

避難場所	第1候補（ ）
	第2候補（ ）

（基本）



情報シート①：保険・医療(医・歯・薬)情報

本人や家族等が記入してください。

※不明な点は、ケアマネジャーや医療の専門職が記入いただくこともできます。

記入日 年 月 日

医療保険	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者医療 ・ 労災 ・ その他			
公費	生活保護 ・ 重度身障 ・ 精神 ・ 特定疾患 ・ 結核 ・ その他			
年金				
手帳	身障 級	療育 級	精神 級	入院時の食費減額
特記事項				有 ・ 無

普段かかっている病院・医院 ※多くかかる順に記入する

	医療機関・担当医	科目	病名	電話番号
1	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —
2	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —
3	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —
4	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —
5	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —

これまでかかった医療機関

医療機関・担当医	病名	電話番号
入院 ・ 通院 ・ 往診		— —
入院 ・ 通院 ・ 往診		— —
入院 ・ 通院 ・ 往診		— —

かかりつけ 歯科医	歯科医療機関・担当医	電話番号
	通院 ・ 往診	— —
	通院 ・ 往診	— —
かかりつけ 薬局	薬局・薬剤師名	電話番号
		— —
		— —

特記事項

○ アレルギーについて 無 ・ 有 (具体的に)

(基本)



情報シート①：保険・医療(医・歯・薬)情報

本人や家族等が記入してください。

※不明な点は、ケアマネジャーや医療の専門職が記入いただくこともできます。

記入日 年 月 日

医療保険	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者医療 ・ 労災 ・ その他			
公費	生活保護 ・ 重度身障 ・ 精神 ・ 特定疾患 ・ 結核 ・ その他			
年金				
手帳	身障 級	療育 級	精神 級	入院時の食費減額
特記事項	有 ・ 無			

普段かかっている病院・医院 ※多くかかる順に記入する

医療機関・担当医		科目	病名	電話番号
1	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —
2	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —
3	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —
4	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —
5	医療機関名 入院 ・ 通院 ・ 往診 (担当医名)	科		— —

これまでかかった医療機関

医療機関・担当医		病名	電話番号
入院 ・ 通院 ・ 往診			— —
入院 ・ 通院 ・ 往診			— —
入院 ・ 通院 ・ 往診			— —

歯科医療機関・担当医		電話番号
かかりつけ 歯科医	通院 ・ 往診	— —
	通院 ・ 往診	— —
薬局・薬剤師名		電話番号
かかりつけ 薬局		— —
		— —

特記事項	○ アレルギーについて 無 ・ 有 (具体的に)		
------	--------------------------	--	--

(基本)



情報シート②：介護情報

※ケアマネジャー等に記入してもらいましょう。

記入日	認定有効期間	介護度	担当ケアマネジャー
年 月 日	年 月 日 } 年 月 日	事業対象者 要支援 要介護 ()	事業所 氏名 電話番号
利用している サービス種類・社会資源等	事業所名・電話番号		利用期間
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日

記入日	認定有効期間	介護度	担当ケアマネジャー
年 月 日	年 月 日 } 年 月 日	事業対象者 要支援 要介護 ()	事業所 氏名 電話番号
利用している サービス種類・社会資源等	事業所名・電話番号		利用期間
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日

※各サービスの計画書等、次ページに添付してください

(基本)



情報シート②：介護情報

※ケアマネジャー等に記入してもらいましょう。

記入日	認定有効期間	介護度	担当ケアマネジャー
年 月 日	年 月 日 } 年 月 日	事業対象者 要支援 要介護 ()	事業所 氏名 電話番号
利用している サービス種類・社会資源等	事業所名・電話番号		利用期間
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日

記入日	認定有効期間	介護度	担当ケアマネジャー
年 月 日	年 月 日 } 年 月 日	事業対象者 要支援 要介護 ()	事業所 氏名 電話番号
利用している サービス種類・社会資源等	事業所名・電話番号		利用期間
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日
	電話番号		利用開始 年 月 日～ 利用終了 年 月 日まで 利用曜日

※各サービスの計画書等、次ページに添付してください

(基本)



情報シート③：生活状況・自分自身について

本人や家族等が記入してください。

※ケアマネジャーや専門職と相談して記入いただくこともできます。

記入日 年 月 日

生活リズム (定時に行っていること、就寝・食事・運動・娯楽などを記載しましょう)

	本人	介護・支援者	特記事項
4:00			
6:00			
8:00			
10:00			
12:00			
14:00			
16:00			
18:00			
20:00			
22:00			
0:00			
2:00			

性格	趣味・特技	近所づきあい・友人関係
	酒 (/日)	
	嗜好品 タバコ (本/日)	
	その他 ()	

(活用)



情報シート③：生活状況・自分自身について

本人や家族等が記入してください。

※ケアマネジャーや専門職と相談して記入いただくこともできます。

記入日 年 月 日

生活リズム (定時に行っていること、就寝・食事・運動・娯楽などを記載しましょう)

	本人	介護・支援者	特記事項
4:00			
6:00			
8:00			
10:00			
12:00			
14:00			
16:00			
18:00			
20:00			
22:00			
0:00			
2:00			

性格	趣味・特技	近所づきあい・友人関係
	嗜好品	
	酒 (/日)	
	タバコ (本/日)	
	その他 ()	

(活用)



現在、出来ていること

本人や家族等が記入できます。

※ケアマネジャーや専門職が、本人に聞きながら記入いただくこともできます。

記入日 年 月 日

記入者

項目	番号	確認内容	評価尺度
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	3	ズボン等を立ったまま、支えなしではけますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	4	床に座ることが出来ますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	5	床から立ち上がることが出来ますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
栄養 食生活	6	食事の用意をしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	7	定期的に3食とっていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	8	主食・主菜・副菜をとっていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
寝具管理	9	布団の出し入れ、布団干しをしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
更衣	10	季節・場所に応じた服装ができますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	11	寝間着や肌着の着替えが出来ますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
入浴 整容	12	一人で体を洗うことができますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	13	顔や髪、爪を整えることができますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
排泄	14	排泄に関する心配がありませんか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
口腔	15	歯等を磨くなど、口腔の手入れをしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	16	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	17	お茶や汁物でむせることがありますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
洗濯 掃除	18	洗濯や、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	19	家の片付けや掃除などをしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	20	ごみの分別やごみ出しをしていますか。	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
認知	21	火の始末や戸締りはできますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	22	前の晩に食べたものを思い出せますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
閉じ こもり	23	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	24	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	25	家庭の事で決まった仕事や役割がありますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	26	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	27	催し物や地域の活動などに参加していますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	28	定期的な診察、あるいは1年に1度検診を受けていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
健康管理	29	薬はきちんと飲んでますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	30	食事内容の注意を守っていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	31	散歩や体操を(週1回以上)していますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
うつ	32	十分な睡眠はとれていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	33	あなた普段健康だと思いますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ

(活用)



現在、出来ていること

本人や家族等が記入できます。

※ケアマネジャーや専門職が、本人に聞きながら記入いただくこともできます。

記入日 年 月 日

記入者

項目	番号	確認内容	評価尺度
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	3	ズボン等を立ったまま、支えなしではけますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	4	床に座ることが出来ますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	5	床から立ち上がることが出来ますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
栄養 食生活	6	食事の用意をしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	7	規則的に3食とっていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	8	主食・主菜・副菜をとっていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
寝具管理	9	布団の出し入れ、布団干しをしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
更衣	10	季節・場所に応じた服装ができますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	11	寝間着や肌着の着替えが出来ますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
入浴 整容	12	一人で体を洗うことができますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	13	顔や髪、爪を整えることができますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
排泄	14	排泄に関する心配がありませんか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
口腔	15	歯等を磨くなど、口腔の手入れをしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	16	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	17	お茶や汁物でむせることがありますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
洗濯 掃除	18	洗濯や、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	19	家の片付けや掃除などをしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	20	ごみの分別やごみ出しをしていますか。	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
認知	21	火の始末や戸締りはできますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	22	前の晩に食べたものを思い出せますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
閉じ こもり	23	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	24	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	25	家庭の事で決まった仕事や役割がありますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	26	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	27	催し物や地域の活動などに参加していますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	28	定期的な診察、あるいは1年に1度検診を受けていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
健康管理	29	薬はきちんと飲んでますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	30	食事内容の注意を守っていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	31	散歩や体操を(週1回以上)していますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
うつ	32	十分な睡眠はとれていますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ
	33	あなた普段健康だと思いますか	0：はい 1：少し時々 2：いいえ

(活用)



わたしの状況について①

※ケアマネジャーや看護職員、介護職員等に記入してもらいましょう。
本人や家族が記入する場合は十分相談し、専門職の意見を聞いて記入してください。

記入日 年 月 日

身体状況	移動	屋内	自立・見守り・一部介助・全介助 用具()		自由記載欄
		屋外	自立・見守り・一部介助・全介助 用具()		
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助 用具()			
	視力	右：見える・見えにくい・見えない 左：見える・見えにくい・見えない (眼鏡 有・無)			
	聴力	右：正常・やや難聴・難聴 左：正常・やや難聴・難聴 (補聴器 有・無)			
	会話・意思表示	普通・やや困難・困難 (疎通程度 単語・筆談・可・不可)			
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助			
		主食(普通・粥・ミキサー・他) 副食(普通・きざみ・ミキサー・他) 用具(箸・スプーン) 嚥下障害(あり・なし(むせる物)) とろみ剤(あり・なし)			
	口腔内の状態	自歯(有・無) 入れ歯(上歯：有・無 下歯：有・無) 口腔ケア：自立・見守り・一部介助・全介助 みがき残し：有・無 その他の口腔内の状態()			
	着脱衣	上衣：自立・見守り・一部介助・全介助			
		下衣：自立・見守り・一部介助・全介助			
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助(一般浴・リフト浴・特浴・清拭)週 回			
	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助 入浴場所：			
	皮膚状態	皮膚疾患：なし・あり(状態) 褥瘡：なし・あり(状態)			
整容	洗面	自立・見守り・一部介助・全介助	爪切り	自立・見守り・一部介助・全介助	
	整髪	自立・見守り・一部介助・全介助	髭剃り	自立・見守り・一部介助・全介助	
排尿	尿意：あり・時々・なし バルーン留置：なし・あり()				
	日中：自立・見守り・一部介助・全介助()				
	夜間：自立・見守り・一部介助・全介助()				
排便	便意：あり・時々・なし 人工肛門：なし・あり(自己・介助) 下剤：(有・無)				
	日中：自立・見守り・一部介助・全介助()				
	夜間：自立・見守り・一部介助・全介助()				
生活状況	調理	自立・見守り・一部支援・支援()			
	掃除	自立・見守り・一部支援・支援()			
	洗濯	自立・見守り・一部支援・支援()			
	買い物	自立・見守り・一部支援・支援()			
	ごみ出し	自立・見守り・一部支援・支援()			
	金銭管理	自立・見守り・一部支援・支援()			



わたしの状況について①

※ケアマネジャーや看護職員、介護職員等に記入してもらいましょう。
本人や家族が記入する場合は十分相談し、専門職の意見を聞いて記入してください。

記入日 年 月 日

身体状況	移動	屋内	自立・見守り・一部介助・全介助 用具()		自由記載欄
		屋外	自立・見守り・一部介助・全介助 用具()		
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助 用具()			
	視力	右：見える・見えにくい・見えない 左：見える・見えにくい・見えない (眼鏡 有・無)			
	聴力	右：正常・やや難聴・難聴 左：正常・やや難聴・難聴 (補聴器 有・無)			
	会話・意思表示	普通・やや困難・困難 (疎通程度 単語・筆談・可・不可)			
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助			
		主食(普通・粥・ミキサー・他) 副食(普通・きざみ・ミキサー・他) 用具(箸・スプーン) 嚥下障害(あり・なし(むせる物)) とろみ剤(あり・なし)			
	口腔内の状態	自歯(有・無) 入れ歯(上歯：有・無 下歯：有・無) 口腔ケア：自立・見守り・一部介助・全介助 みがき残し：有・無 その他の口腔内の状態()			
	着脱衣	上衣：自立・見守り・一部介助・全介助 下衣：自立・見守り・一部介助・全介助			
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助(一般浴・リフト浴・特浴・清拭)週 回			
	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助 入浴場所：			
	皮膚状態	皮膚疾患：なし・あり(状態) 褥瘡：なし・あり(状態)			
	整容	洗面	自立・見守り・一部介助・全介助	爪切り	自立・見守り・一部介助・全介助
		整髪	自立・見守り・一部介助・全介助	髭剃り	自立・見守り・一部介助・全介助
	排尿	尿意：あり・時々・なし パルーン留置：なし・あり()			
日中：自立・見守り・一部介助・全介助()					
夜間：自立・見守り・一部介助・全介助()					
排便	便意：あり・時々・なし 人工肛門：なし・あり(自己・介助) 下剤：(有・無)				
	日中：自立・見守り・一部介助・全介助()				
	夜間：自立・見守り・一部介助・全介助()				
生活状況	調理	自立・見守り・一部支援・支援()			
	掃除	自立・見守り・一部支援・支援()			
	洗濯	自立・見守り・一部支援・支援()			
	買い物	自立・見守り・一部支援・支援()			
	ごみ出し	自立・見守り・一部支援・支援()			
	金銭管理	自立・見守り・一部支援・支援()			



わたしの状況について②

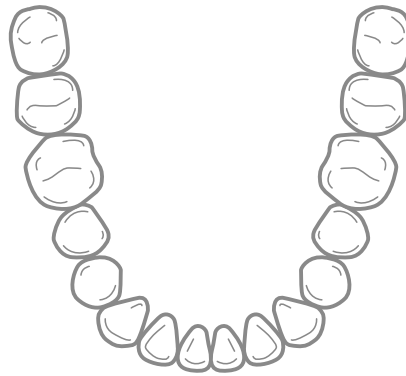
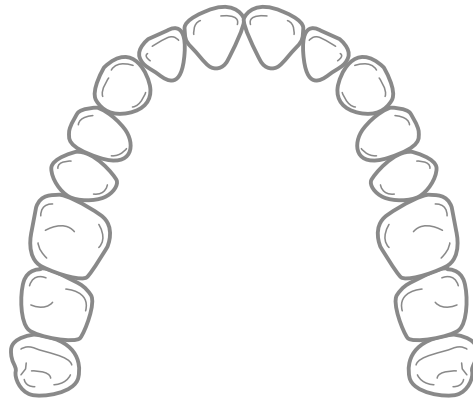
本人や家族、専門職の方が記入してください。

※ケアマネジャーや専門職と相談して記入いただくこともできます。

口腔内状況について

口腔内状況
※専門職が記入

【所見】 年 月 現在



服薬について

年 月 日現在

服薬管理： 自立・見守り・一部介助・全介助 管理者()

飲み忘れ： なし・あり()

アレルギー： なし・あり()

一包化の希望： なし・あり()

ジェネリックの希望： なし・あり()

※お薬手帳をこのノートと一緒に保管すると、よりわかり易くなります。

(活用)



わたしの状況について②

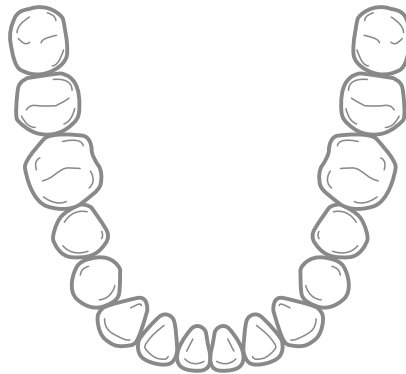
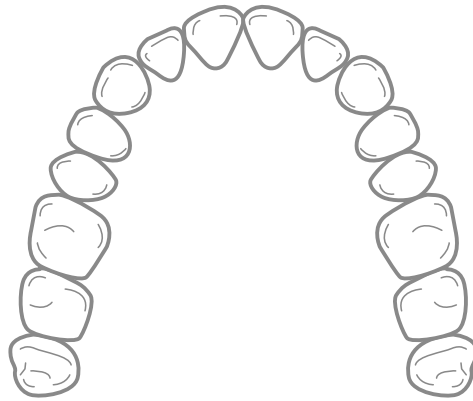
本人や家族、専門職の方が記入してください。

※ケアマネジャーや専門職と相談して記入いただくこともできます。

口腔内状況について

口腔内状況
※専門職が記入

【所見】 年 月 現在



服薬について

年 月 日現在

服薬管理： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 管理者()

飲み忘れ： なし ・ あり()

アレルギー： なし ・ あり()

一包化の希望： なし ・ あり()

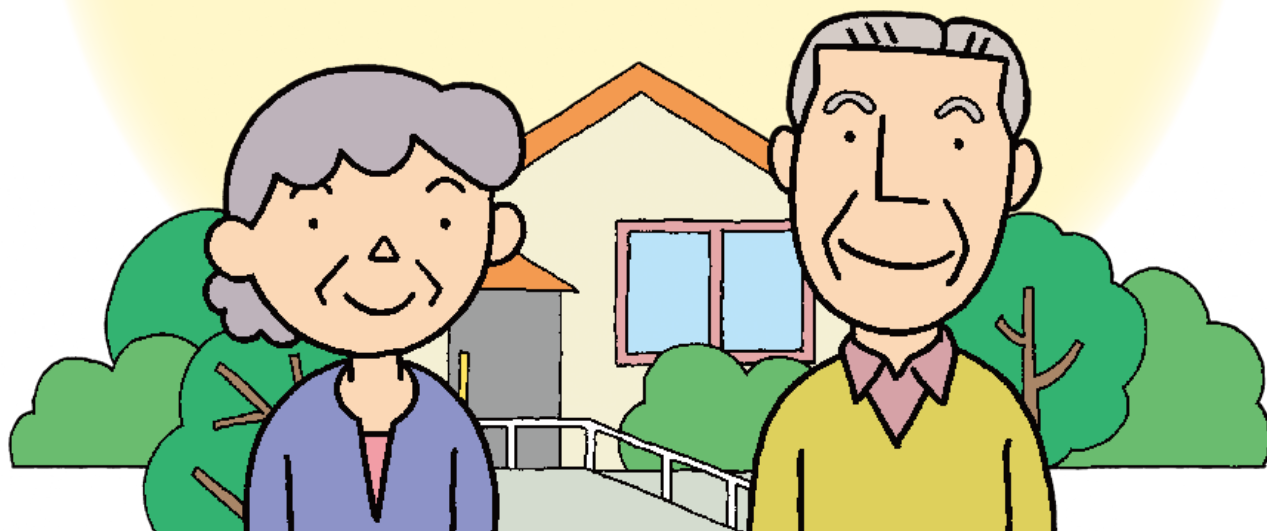
ジェネリックの希望： なし ・ あり()

※お薬手帳をこのノートと一緒に保管すると、よりわかり易くなります。

(活用)

これからの私

(私らしく人生を最期まで)



これからの私（私らしく人生を最期まで）

認知症や病気で意思表示ができなくなった時のために、あなたが希望する医療について、いまの気持ちを書き記してみましょう。

このページはご本人がご記入下さい。（本人が記入できない場合は、本人と話し合い、本人の意思を確認できるご家族や介護者が記入してください。）

気持ちが変わったときは何度でも書き直せます。（日付の新しいものが有効です。）

法律的な意味はなく、強制力也没有ありません。

記入する際に迷うものやわからないことは、かかりつけ医又は看護師等にご相談下さい。

名前	性別	生年月日
記入者	続柄又は関係	備考

親しい方の看取りを経験したこと

○ 親しい方を、そばで看取ったことがありますか

ご本人 看取ったことがある 無い 覚えていない

ご家族 看取ったことがある 無い 覚えていない

人生の最期が近づいたときの治療の選択

人生の最終段階になり、意識がないなど急な体調の不良や、救急車を呼ぶ場合、事前の意思表示がないときは、ご本人の希望にかかわらず、心臓マッサージや人工呼吸などの蘇生処置をうけることとなります。

そこで、自分はどうしたいかを、医療関係者と相談しながら、あらかじめ考えておくことが大切です。





年 月 日

● 歩けなくなったら

- 環境を整えて、家で暮らしたい。
- 施設で暮らしたい。
- 今はまだわからない。
- その他 ()

● 自分でトイレに行けなくなったら

- 環境を整えて、家で暮らしたい。
- 施設で暮らしたい。
- 今はまだわからない。
- その他 ()

● 口から食べられなくなったら

- 人工的に栄養や水分を補うための医療を選びたい。
(鼻から入れるチューブ 胃ろう 点滴等)
- 自然の流れを大切に、人工的な栄養・水分補給はしないでほしい。
- 今はまだわからない。
- その他 ()

● 人生の最終段階の療養場所について

あなたの人生の最終段階をどこで過ごし、どこで最期を迎えたいですか？

- 自宅
 - 老人ホームなどの施設
 - 病院
 - わからない
 - その他 ()
- 



● 人生の最終段階の医療について

あなたの気持ちはどれに近いですか？

- できるだけの治療をしてほしい
- 痛みや苦しみを取り除く治療を中心に受けたい
- 今はまだわからない

● 家族や信頼する人について

あなたが意思表示できない場合に、自分の代わりに医師と相談して医療の選択をしてほしい人は誰ですか？

(名前)

(続柄)

.....

その他、伝えたいことがありましたらご記入ください。

※定期的に見直して、考えが変わるような出来事があったら書き直してみましよう。





年 月 日

● 歩けなくなったら

- 環境を整えて、家で暮らしたい。
- 施設で暮らしたい。
- 今はまだわからない。
- その他 ()

● 自分でトイレに行けなくなったら

- 環境を整えて、家で暮らしたい。
- 施設で暮らしたい。
- 今はまだわからない。
- その他 ()

● 口から食べられなくなったら

- 人工的に栄養や水分を補うための医療を選びたい。
(鼻から入れるチューブ 胃ろう 点滴等)
- 自然の流れを大切に、人工的な栄養・水分補給はしないでほしい。
- 今はまだわからない。
- その他 ()

● 人生の最終段階の療養場所について

あなたの人生の最終段階をどこで過ごし、どこで最期を迎えたいですか？

- 自宅
 - 老人ホームなどの施設
 - 病院
 - わからない
 - その他 ()
- 



● 人生の最終段階の医療について

あなたの気持ちはどれに近いですか？

- できるだけの治療をしてほしい
- 痛みや苦しみを取り除く治療を中心に受けたい
- 今はまだわからない

● 家族や信頼する人について

あなたが意思表示できない場合に、自分の代わりに医師と相談して医療の選択をしてほしい人は誰ですか？

(名前)

(続柄)

.....

その他、伝えたいことがありましたらご記入ください。

※定期的に見直して、考えが変わるような出来事があったら書き直してみましょう。



Handwriting practice area consisting of 20 horizontal dotted lines.

