|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　(　 　　 歳) | | 住所 | 〒　　　　　　　― | | 電話番号 |  |   　　　わたしの思い  「もしも」の時のあなたの思いなどを自由に書きましょう | このノートは外出先で「もしも」のことがあった時のために、あなたの希望や連絡先を書いておくものです。  保険証（マイナンバーカード）やお薬手帳などと一緒に保管しておきましょう。  〇〇ノートの本体は、  保管場所を具体的に書きましょう  　　　　　　　　　　に保管してあります。 | 記載例  携帯版　わたしの思いノート  印刷のしかた  用紙：A4  向き：横  設定：両面印刷（短編とじ）  　　　余白なし  記載日：　　　　年　　月　　日  ※個人情報です。  失くさないようにしましょう。 |
| |  |  | | --- | --- | | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　(　 　　 歳) | | 住所 | 〒　　　　　　　― | | 電話番号 |  |   　　　わたしの思い | このノートは外出先で「もしも」のことがあった時のために、あなたの希望や連絡先を書いておくものです。  保険証（マイナンバーカード）やお薬手帳などと一緒に保管しておきましょう。  〇〇ノートの本体は、  　　　　　　　　　　に保管してあります。 | 携帯版  わたしの思いノート  記載日：　　　　年　　月　　日  ※個人情報です。  失くさないようにしましょう。 |
| |  |  | | --- | --- | | かかりつけ医 | 医療機関名、医師の名前、診断名を書きましょう | | 大きな  病気、けが | 診断名、発症時期を書きましょう | | 注意点  ※あてはまるものを選択 | □アレルギー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  当てはまるものがあれば具体的に書きましょう  □感染症（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ご自身の気持ちに  一番近いものを選びましょう  □ペースメーカー植込　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 希望  搬送先 | 病院名：〇〇病院  ☑この病院を受診したことがある　　□受診したことがない | | もしもの時の希望 | もし回復の見込みがなく、死期が迫ったら、どうしたいですか。  □できるだけ長く生きるための延命治療やケアを受けたい  □できるだけ痛みやつらさが少なく、自分らしい生活を大切にした治療やケアを受けたい  □何もしないでほしい　　□わからない、きめられない | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 連絡先  記載例 | ① | 名前：　　　　　　　　　　　　　　　関係： | | 電話番号： | | ② | 名前：　　　　　　　　　　　　　　関係： | | 電話番号： | | ③ | 名前：　　　　　　　　　　　　　　　　関係： | | 電話番号： | | 献体  □登録なし  □登録あり | □福島医大　□奥羽大学　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 電話番号： | | | |
| |  |  | | --- | --- | | かかりつけ医 |  | | 大きな  病気、けが |  | | 注意点  ※あてはまるものを選択 | □アレルギー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □感染症（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ペースメーカー植込　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 希望  搬送先 | 病院名：  □この病院を受診したことがある　　□受診したことがない | | もしもの時の希望 | もし回復の見込みがなく、死期が迫ったら、どうしたいですか。  □できるだけ長く生きるための延命治療やケアを受けたい  □できるだけ痛みやつらさが少なく、自分らしい生活を大切にした治療やケアを受けたい  □何もしないでほしい　　□わからない、きめられない | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 連絡先 | ① | 名前：　　　　　　　　　　　　　　　関係： | | 電話番号： | | ② | 名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　関係： | | 電話番号： | | ③ | 名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　関係： | | 電話番号： | | 献体  □登録なし  □登録あり | □福島医大　□奥羽大学　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 電話番号： | | | |