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

|  |  |
| --- | --- |
| 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： |

 |