

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() ☐ 感染症(当てはまるものがあれば具体的に書きましょう) ☐ ペースメーカー植込 ☐ その他()
希望 搬送先	病院名: ○○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い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

ご自身の気持ちに一番近いものを選びましょう

記載例	①	名前:	関係:
		電話番号:	
連絡先	②	名前:	関係:
		電話番号:	
		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い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

	①	名前:	関係:
		電話番号:	
連絡先	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:	

