

氏名

さんの緊急時の連絡先と対応

かかりつけ医	診療所名			
	担当者名		電話番号	(日中) (夜間)
かかりつけの病院	病院名			
	担当者名	科	電話番号	(日中) (夜間)
担当ケアマネジャー	事業所名			
	担当者名		電話番号	
訪問看護ステーション	事業所名			
	担当者名		電話番号	(日中) (夜間)
訪問介護事業所 (ホームヘルパー)	事業所名			
	担当者名		電話番号	
かかりつけ薬局	薬局名			
	担当者名		電話番号	
かかりつけ歯科医	歯科医院名			
	担当者名		電話番号	
家族	名前(関係)			
	住 所			
	電 話 番 号			
	名前(関係)			
	住 所			
	電 話 番 号			
後見人	名 前		電話番号	

備考 緊急時に必要だと思うことを記入しましょう。

.....

.....

療養の希望

療養や治療方針に関する、ご本人やご家族の希望を支援者とあらかじめ話し合いましょう。その希望を医師や看護師、ケアマネジャーに伝えましょう。体調や環境の変化などにより、気持ちも変化するものです。希望が変わることもあるので話し合いを重ねましょう。

実際に書いてみましょう。

年 月 日 記載

1 今のあなたの気持ちはどれに近いですか。

- ☐できるだけ延命治療をしてほしい
☐延命よりも痛みや苦しみをとりのぞく医療をしてほしい
☐回復の見込みがなければ延命治療はしないでほしい

2 人生最終段階をどこで迎えたいですか。

- ☐自宅 ☐病院 ☐ホスピス ☐介護施設 ☐まだ決められない
☐その他（ ）

3 痛みの緩和を希望しますか。

- ☐麻薬による治療を希望 ☐鎮痛剤を使った治療を希望
☐医師に判断を委ねる
☐その他（ ）

4 食べることが難しくなったら、栄養療法を望みますか。

- ☐経管栄養を希望 ☐中心静脈栄養法を希望 ☐栄養療法は希望しない
☐医師に判断を委ねる
☐その他（ ）

5 お口からの水分補給が難しくなったら点滴による補給を望みますか。

- ☐点滴を希望 ☐お口からの補給にとどめたい ☐医師に判断を委ねる
☐その他（ ）

6 容体が急変したとき、救急車を呼びますか。

- ☐呼ばない、在宅でできる範囲の処置を医師にお願いする
☐救急車を呼んでほしい
☐まだ決められない
☐その他（ ）

7 心臓マッサージなど心肺蘇生を望みますか。

- ☐希望しない ☐心肺蘇生は望むが、人工呼吸器にはつなげないでほしい
☐まだ決められない ☐医師に判断を委ねる
☐その他（ ）

8 あなたが、判断が難しい状況になった場合に、治療や介護の方針を代弁する人は誰ですか？

ご本人が意思を伝えることができなくなった場合、代わりに誰が治療や介護の方針を伝えて考えてくれるのか話しあっておきましょう。

〈氏名 〉

〈ご本人にとっての 〉