

医療・介護希望シート

このシートは、全部書く必要はありません。
思いついたところから少しずつ書いていきましょう。

記入時間：約 10分

全部書けなくても大丈夫です

記入日：____年 ____月 ____日 記入者：_____

見直した日①：____年 ____月 ____日 見直した日②：____年 ____月 ____日

① 緊急連絡先

項目	記入欄
連絡してほしい人①	
連絡先	
連絡してほしい人②	
連絡先	
連絡してほしい人③	
連絡先	

② 医療について

項目	記入欄
かかりつけ医療機関①	
かかりつけ医療機関②	
主な病気・持病	
服用中の薬	<input type="checkbox"/> お薬手帳あり（保管場所：_____） <input type="checkbox"/> アプリ利用
アレルギー	
その他家族に伝えたいこと	

③ 介護について

項目	記入欄
介護が必要になったら相談したい人	
<input type="checkbox"/> できるだけ自宅で過ごしたい	
<input type="checkbox"/> 施設への入居も検討したい	
<input type="checkbox"/> 家族と相談して決めてほしい	
その他希望	



このシートは、全部書く必要はありません。
思いついたところから少しずつ書いていきましょう。

書き方の解説はこちら ▶





④ 延命治療

今の気持ちに近いものにチェックしてください。

- 家族と相談して決めてほしい
- 延命治療を希望する
- 延命治療は希望しない
- まだ決めていない

⑤ 認知症などで判断が難しくなった場合

項目	記入欄
相談してほしい人	
連絡先	
家族に希望すること	

⑥ 現在の健康状態と不安なこと

家族への伝言・メモ

- エンディングノート本体あり
- 任意後見契約をしている
- 延命治療について書面で希望を残している
- その他



このシートは、全部書く必要はありません。
思いついたところから少しずつ書いていきましょう。

書き方の解説はこちら ▶

