



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 緊急時の連絡先（優先して連絡してほしい人）

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	

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	☐ お薬手帳あり（保管場所：_____） ☐ 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	
☐ できるだけ自宅で過ごしたい ☐ 施設への入居も検討したい ☐ 家族と相談して決めてほしい	
現在介護サービスを利用している場合	事業所名：_____ 連絡先：_____
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 病気の告知について

- ☐ 病名や病状も含めて、すべて教えてほしい
- ☐ 必要なことは教えてほしい
- ☐ あまり詳しくは知りたくない
- ☐ 家族と相談して決めてほしい

⑦ 現在の健康状態と不安なこと

家族への伝言・メモ

- ☐ 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 ▶

