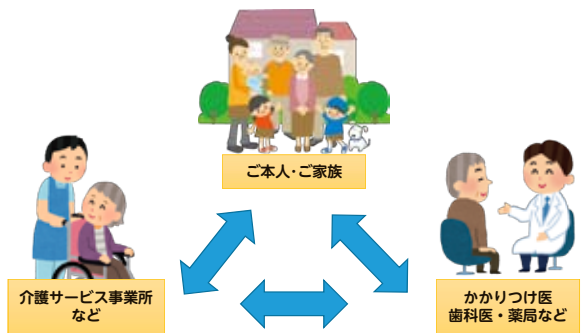


つながるカード

ご本人・ご家族

このカードは、ご本人やご家族、医療・介護の関係者が、ご本人の情報を共有することで、ご本人が地域で安心して暮らしていけるよう、多職種間の連携ができ、ご本人によりよいサービスが提供されるために活用するものです。



- ・このカードは、ご本人やご家族が、医療保険証・介護保険証と一緒に保管し、医療機関受診の際や、介護サービス（ショートやデイ）利用時には持参してください。
- ・変更事項についてはご本人・ご家族がご記入ください。（詳しくは地域包括支援センターへ）

恵那市地域包括支援センター 0573-26-6828
 恵南地域包括支援センター 0573-26-6865

本人氏名		
生年月日	T S 年 月 日	
住所		
電話番号		
緊急連絡先①	氏名	続柄
	電話	
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	携帯番号	
緊急連絡先②	氏名	続柄
	電話	
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	携帯番号	
担当民生委員	氏名	

元気なうちにしておきたいことは 何ですか

例) おいしい物を食べたい 旅行に行きたい 等

ここに記入してください

人生最後のとき、どこでどう過ごしたいですか

例) 自宅で過ごしたい、引っ越して自分の好きな場所で過ごしたい
 病院や施設で過ごし、時々家族や親しい人が来てくれたらよい
 最後まであきらめずに病気を治療したい 等

ここに記入してください

私の思い（病名の告知と延命治療）

医 療

介護サービス

これで決定ではなく、いつでも変更が可能です。

① 治る見込みのない病気になった時の病名の告知について

- 告知してほしい
 告知しないでほしい

② 治る見込みのない病気になり口から食べられなくなった時の栄養補給について

- 口以外からの栄養補給は望みません
 人工的（口から以外の）栄養補給を望みます

③ 治る見込みのない病気になり心臓や呼吸が止まった時の延命治療について

- できるだけ延命治療をしてほしい
 苦痛を和らげる治療をしてほしいが延命治療はしないほしい
 その他（ ）

④ 自分で判断ができなくなった時、誰に決定をしてもらいたいですか

氏名 _____（緊急連絡先の ____ 番）

上記が私の現時点での思いです。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

本人氏名

医科（かかりつけ医）		
医療機関名	診療科	治療中の病気や既往歴

歯科（かかりつけ歯科医）

薬科（かかりつけ薬局）

アレルギー	
食 品	無・有（ ）
薬 品	無・有（ ）

利用しているサービス	電話番号

入 居 先	
-------	--

担当ケア マネジャー	事業所名
	氏名