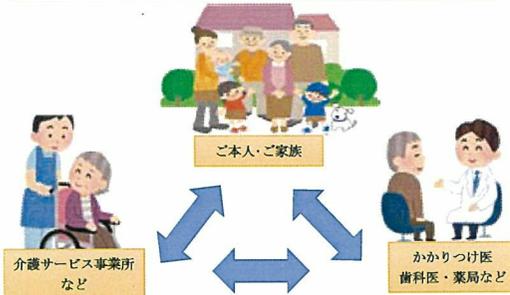


## つながるカード

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、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、ご本人やご家族が管理し、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)利用時には必ず持参してください。  
 ・変更事項についてはご本人・ご家族がご記入下さい。ご希望の場合は更新できます。(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 0573-26-2111

恵南地域包括支援センター 0573-57-3030

## ご本人・ご家族

本人氏名	
生年月日	M T S 年 月 日
住所	
電話番号	

緊急連絡先①	氏名	(続柄: )
<input type="checkbox"/> 同居	電話	
<input type="checkbox"/> 別居	携帯番号	

緊急連絡先②	氏名	(続柄: )
<input type="checkbox"/> 同居	電話	
<input type="checkbox"/> 別居	携帯番号	

緊急連絡先③	氏名	(続柄: )
<input type="checkbox"/> 同居	電話	
<input type="checkbox"/> 別居	携帯番号	

担当民生委員	氏名
--------	----

## ケアマネジャー

担当ケアマネジャー 連絡先 名刺を添付してください

右端から23mm  
 下端から129mmのところで  
 裁断するとカードの大きさに  
 なります。

## 私の思い（病名の告知と延命治療）

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

告知して欲しい

告知しないで欲しい

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

延命治療は望みません

延命治療を望みます

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)

上記がわたしの現時点での思いです。

令和 年 月 日

本人氏名

## 医療

### 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）

主たる医療機関	
その他の医療機関	

### 薬科（かかりつけ薬局）

主たる薬局	
その他薬局	

### アレルギー

食 品	無 ・ 有 ( )
薬 品	無 ・ 有 ( )

## 利用サービス

	名 称	電話番号
訪問 サービス		
通所 サービス		
ショート		
レンタル		
入居先		