

『もしものときに伝えたいこと』

記入日（R 年 月 日）

万が一、ご自身の気持ちを話せなくなった時に備え、もしもの時に伝えたいことを記しておきましょう。
お気持ちに変化があった場合は何度でも書き直せます。また、書きたくないことは記載しなくてもよいです。

○基本情報

氏名（ ） 生年月日（T・S 年 月 日） 歳

住所（越前町 ） 血液型（ 型）

○大切なことを伝えたい人

名前（ ） 関係（ ）

住所（ ） 電話番号（ — — ）

○財産について

預貯金（金融機関名： ）

○かかりつけ病院

医療機関（ ） 主治医（ ）

○医療の希望

あてはまる□にチェックをつけてください。

病気や怪我で、ほぼ回復する見込みがない場合

心臓マッサージ・人工呼吸器など 胃ろう・経鼻経管栄養など

継続的栄養補給は希望しないが、点滴程度は希望する

延命治療は希望しないが、苦痛はとってほしい 何も希望しない

○最期を迎えるときの希望

最期まで自宅 できるだけ自宅で、最期は病院等 老人ホームなどの施設

状況に応じて家と病院等を使い分ける その他（ ）

差し支えなければ、この情報を大切な人（家族や友人）、ケアマネジャー、かかりつけ医とも共有しておいてください。このシートは福井県版エンディングノート「つぐみ」を基に作成したので、詳しく記入したい人は「つぐみ」をご利用ください。「つぐみ」は越前町役場地域包括支援センター窓口で無料配布しています。

【問合せ先】越前町地域包括支援センター TEL（0778）34-8729