

わたしの思いをつなぐシート

このシートは、あなたがあなたらしく生きられるよう、支援者たちがあなたの思いを共有するシートです。あなたの思いをお聞かせください。

氏名: _____ 初回記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. あなたにとって大切にしたいことは何ですか？ もしもの時、どのように暮らしていきたいですか？

該当するものを1つから3つまで選んでください	初回	変更あり ※下記に年月日を記入			
楽しみがあること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身の回りのことが自分でできること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先々に起こることを詳しく知ること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一日でも長く生きること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族や大切な人との時間を過ごすこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族の負担にならないこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・その他伝えたいこと					

2. あなたが受けるケアや治療の希望は？

①もしも病気になったり、大きなケガをしたら？

該当するものに☑を入れてください	初回	変更あり ※下記に年月日を記入			
一日でも長く生きられるような治療を受けたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
期間を決めて治療を受けて、それから考えたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
とにかく病気が治ることを目的とした治療を受けたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痛みや苦しみを和らげるためのケアや治療を受けたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
延命は考えず、穏やかに過ごしたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

②もしも介助が必要となった時は、どのようにどこで過ごしたいですか？

●どのように？	初回				
家族・親しい人に協力してもらいたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族・親しい人に迷惑をかけたくない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事が口から食べられる生活がしたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレが最低限自分でできる生活がしたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・その他伝えたいこと					

●どこで？	初回				
病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・その他(最期の時はどこで？決まっていたら書きましょう)					

3. あなたの代わりに判断は誰にしてほしいですか？

●病状の悪化等により自分の考えが伝えられなくなった場合に、あなたの代わりに判断は誰にしてほしいですか？

①氏名: _____ (続柄) _____ 連絡先: _____

②氏名: _____ (続柄) _____ 連絡先: _____