

思い ライフケアノート



お名前



記入日 年 月 日



伊勢市・玉城町・度会町・南伊勢町
伊勢地区在宅医療・介護連携支援センターつながり

現在治療中の病気	記入日： 年 月 日	お名前	
病名	かかりつけ医療機関名	担当医師	電話

✿ 治らない病気にかかったら告知を希望しますか 記入日： 年 月 日

☐ 希望する ☐ 希望しない（理由▶ ）

✿ 最期が近づいて来たときの延命治療の希望 記入日： 年 月 日

☐ 少しでも長く生きたいので、できる限りの治療を希望する

☐ 積極的な治療は望まないが、痛みなどのつらい症状は和らげてほしい

☐ なるべく自然な状態で見守ってほしい

☐ 分からない（理由▶ ）

✿ 最期を迎えたい場所 記入日： 年 月 日

☐ 自宅 ☐ 医療機関 ☐ 施設 ☐ その他（ ）

✿ 意思表示ができなくなったとき、判断をしてほしい人がいますか 記入日： 年 月 日

☐ いる・・・関わってほしい人▶ ☐ 配偶者 ☐ 子供 ☐ 親族 ☐ 友人 ☐ その他

お名前	電話	携帯電話

☐ いない（理由▶ ）

☐ 今後考える（理由▶ ）

✿ 関わってほしい介護医療ケアの内容を伝えてありますか 記入日： 年 月 日

☐ 伝えている（誰に▶ ）

☐ 伝えていない（理由▶ ）

✿ この「ライフケアノート」を書いたとき、誰かと話し合いましたか 記入日： 年 月 日

☐ 話し合った（誰と▶ ）

☐ 話し合っていない（理由▶ ）

✿ 伝えたい書類などの記載がしてある「ライフデザインノート」は、記入してありますか 記入日： 年 月 日

☐ 記入してある（保管場所▶ ）

☐ 記入していない（理由▶ ）