

私のページ



備えたら、該当したら、チェックしよう

- 認知症サポーター養成講座を受けた
(年 月 受講)
- おとしより相談センターに相談した
(年 月 ~)
京橋・日本橋・月島 おとしより相談センター
電話： (担当：)
- 見守りキーホルダーを受け取った ※10頁参照
(年 月) 番号：
- 救急医療情報キットを受け取った ※10頁参照
(年 月)
- かかりつけ医がいる
医療機関名：
電話： (担当医：)
- かかりつけ歯科医がいる
医療機関名：
電話： (担当歯科医：)
- かかりつけ薬局がある
薬局名：
電話： (担当薬剤師：)
- 区民健診を受け、生活機能評価を受けた
(年 月)
- 区民歯科健診を受けた
(年 月)
- 「もの忘れ」について、かかりつけ医に相談した
(年 月)
- 認知症専門医の診察を受けた
(年 月)
医療機関名：
- 認知症と診断を受けた
(年 月)



人生を振り返ってみよう

私のふるさとやなつかしい場所は

私の大切な思い出は

大切にしていること、 人にわかってほしいことは…

私がいちばん大切に思っている人は

私の大切なものは

私の好きな食べ物は

私がリラックスできるときは

私の不安や心配ごとは

私の好きな言葉は

私がこれからやってみたいことは…

医療や介護が必要となった時に望むこと

どこで……

- できるだけ自宅で
- 施設や病院に入りたい
- 家族・親族の判断にまかせる



誰に……

- できるだけ家族にまかせたい
- ヘルパーなど介護の専門家にまかせたい
- 家族・親族の判断にまかせる

費用は……

- 年金や貯金を費用にあててほしい
- 保険に加入している (会社名)
- 家族・親族の判断にまかせる

延命治療については……

- 最後までできる限りの延命治療をしてほしい
- 延命治療より苦痛を和らげる緩和的治療をしてほしい
- 昏睡状態で、意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないでほしい

大切な人へのメッセージ

- 今後の自分の希望の生活について周囲へ伝えた
(年 月)
伝えた人： (続柄：)
電話：