

# ささえ愛シート



※このシートは、医療や介護サービスの関係者が情報共有するために使用します。お薬手帳と併せて保管活用ください。

ひたちなか市 高齢福祉課  
TEL 029-273-0111

## 基本情報



ふりがな	
氏名	
生年月日	
住所	ひたちなか市
電話番号	
血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB (+)・(-)
世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居者あり

### ○かかりつけ医 定期的に受診している病院



医療機関名		
担当医	科	先生
TEL		

医療機関名		
担当医	科	先生
TEL		

医療機関名		
担当医	科	先生
TEL		

### ○かかりつけ歯科医師



医療機関名	
TEL	

### ○かかりつけ薬局



医療機関名	
TEL	

医療機関名	
TEL	

### ○担当ケアマネジャー



事業所名	
担当者	
TEL	

## ○利用しているサービス等



事業所名	
担当者	
T E L	

事業所名	
担当者	
T E L	

事業所名	
担当者	
T E L	

## 緊急連絡先 ( 年 月 日記載 )

氏名		ご関係 ( )
住所		
TEL①		
TEL②		

氏名		ご関係 ( )
住所		
TEL①		
TEL②		

氏名		ご関係 ( )
住所		
TEL①		
TEL②		

## 個人情報の使用及び共有に関する同意

私が医療や介護等のサービスを適正に受けるために必要な事項について、私が受けている(受けようとする)医療や介護等のサービスの関係者が、情報を共有することに同意します。

関係者各位

年 月 日

### 【本人(自署)】

氏名:

※本人が記載できない場合は代理人が記載してください

### 【代理人(自署)】

住所:

氏名:

(ご関係: )

### 【作成時協力者】

氏名:

(ご関係: )

## 大切な人とあなたの**人生会議**

あなたにとって、大切なことはなんですか？  
もしもの時に備えて、医療・ケアについての希望や思いを家族や医療・介護関係者と共に話し合っておく、

それが**人生会議**です

希望に沿った医療・ケアを受けながら、最後まであなたらしく生きるために、一緒に考えてみませんか

※話し合ったことは絆ノートへ書いておきましょう。希望や思いは時間とともに変化したり、健康状態によっても変わります。その都度思いを書き留めておくともよいかもしれません

