

# 私や家族の望み

※サービスを受ける前に、かかりつけ医、担当ケアマネージャー等と、今後の生活や医療等について話し合った結果を記載してください。

※記載に際し、ご家族及びケアマネージャー等支援をお願いします。

日にち	年 月 日	
面談した人	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族(名前: _____ 続柄: _____) <input type="checkbox"/> かかりつけ医師( _____ ) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー又は包括支援センター担当者 ( _____ )	
これからの生活について望むこと	<b>本人</b> 例)体が不自由になっても自宅で過ごしたい	<b>家族</b> 例)仕事をつづけながら。家族一緒に自宅で過ごしたい
医療や介護に望むこと	<b>本人</b> 例)延命治療はなく、自然な形で逝きたい	<b>家族</b> 例)できるだけ自宅で医療も受け、家族で看取りたい。