



もしものときの  
私のお願い

## Advance Care Planning

|      |
|------|
| 名前   |
| 生年月日 |



救急医療機関の方へ

以下の連絡先にコンタクトをとり、確認ができない場合は救命処置を優先してください。

### 【かかりつけ医療機関】

電話： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

### 【訪問看護ステーション・その他の医療従事者】

電話： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

### 【居宅介護支援事業所】

事業所名： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

担当ケアマネジャー： \_\_\_\_\_

### 【かかりつけ薬局】

電話： \_\_\_\_\_

## 回復の見込みがなく死期が迫った場合の処置 (延命治療) について

記入日： 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

わたしは延命治療について  番 を選択します。

1. 生命維持のため最大限の治療を希望する。  
(心臓マッサージ、人工呼吸器など)
2. 最大限の治療までは希望しないが、  
継続的な栄養補給を希望する。(胃ろうなど)
3. 継続的な栄養補給は希望しないが、  
点滴など水分を維持する程度は希望する。
4. 延命治療は行わず、自然にゆだねる。

また、以下のチェックしているとも希望します。

- 延命治療は希望しないが、痛みはとってほしい。
- わたしの想いを次のページで述べているのでみてほしい。

< わたしの思い >



★延命処置については、  
本人から話を聞き、意思を確認しています。

|          |    |
|----------|----|
| かかりつけ医署名 |    |
| 医療者署名    |    |
| 医療者署名    |    |
| 医療者署名    |    |
| 家族署名     | 続柄 |
|          |    |
| 家族署名     | 続柄 |
|          |    |
| 家族署名     | 続柄 |
|          |    |
| 家族署名     | 続柄 |
|          |    |

< 誰かが判断をしなくてはならない場合 >

わたしの治療方針について、誰かが決めなくてはならない場合は、代理人の方の意見を尊重して決めてください。

|          |               |  |    |
|----------|---------------|--|----|
| 代理人<br>1 | 氏名            |  | 続柄 |
|          | 連絡先<br>(電話番号) |  |    |

|          |               |  |    |
|----------|---------------|--|----|
| 代理人<br>2 | 氏名            |  | 続柄 |
|          | 連絡先<br>(電話番号) |  |    |

|          |               |  |    |
|----------|---------------|--|----|
| 代理人<br>3 | 氏名            |  | 続柄 |
|          | 連絡先<br>(電話番号) |  |    |

【どのように最期を迎えたいか】

私は、可能であれば、最期をこのように迎えたいと思っています。

<どこで>

---

<誰と>

---

<どのように>



