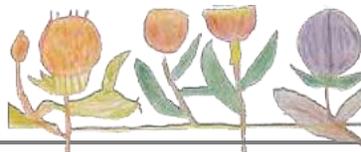


もしものときの
私のお願い

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。

< わたしの想い >



★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

< 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 1	氏名		続柄
	連絡先 (電話番号)		

代理人 2	氏名		続柄
	連絡先 (電話番号)		

代理人 3	氏名		続柄
	連絡先 (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>



