

- ◆ 受ける治療について
- ☐ 必要な治療やケアを受けてできるだけ長く生きたい
- ☐ 痛みやつらさを和らげるための処置や治療を受けたい
- ☐ 自然な形で最期を迎えられるような治療やケアを受けたい
- ☐ その他（ ）
- ☐ わからない
- ◆ 延命治療（病気を治すのではなく、生命維持のためにおこなう治療）について
- ☐ 可能なかぎりの延命治療をしてほしい
- ☐ 延命治療は望まない
- ☐ その他（ ）
- ☐ わからない
- ◆ 病状が悪化したときやもしものときが近くなったときに、どこで過ごしたいですか？
- ☐ 自宅 ☐ 親・子供・兄弟姉妹の家 ☐ 病院 ☐ 介護施設
- ☐ その他（ ） ☐ わからない

ステップ 4 話し合しましょう

- ◆ あなたが自分で意思表示できなくなった場合に、あなたの意思を代わりに伝えてくれる人は誰ですか？

お名前 _____ 間 柄 _____

理 由 _____

お名前 _____ 間 柄 _____

理 由 _____

☐ 頼める人がいない

*あなたが伝えておきたいこと

ステップ 5 書きとめましょう

話し合った日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

参加者名（間柄：例 兄弟・親戚・友人等）

--

医療・介護専門職	事業所名等	参加者名	備考
かかりつけ医			
かかりつけ薬局			
訪問看護ステーション			
ケアマネジャー			
その他			

【その他 自由記載欄】

--

※この用紙の保管場所は、家族等やかかりつけ医、医療・介護関係者と共有しておきましょう。