

記入日：20 年 月 日

生年月日：西曆 年 月 日

電話番号：

電話番号：

主治医名：

電話番号：

主治医名：

電話番号：

なし・あり ()

※救急要請した際は必ず『希望する』ことになります

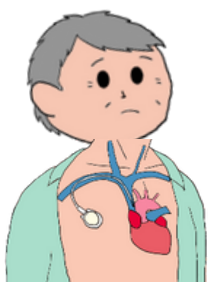
電話番号：

電話番号：

本人の意思を代理する者：

終末期医療における意思表示 (リビング・ウィル)

私は、下記の医療行為について、以下のように希望します。なお、この希望はいつでも撤回し、または変更することができます。撤回、変更は、同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。



	1回目 日付 ()	2回目 日付 ()	3回目 日付 ()
輸液	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
中心静脈栄養	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
経管栄養 (胃瘻を含む)	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
昇圧剤の投与	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
(心肺停止時の) 蘇生術	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
人工呼吸器	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
医療機関名			
説明医師			

このほかの事柄については、以下の方を代弁者（代理人）として、その方の判断に委ねます。

年 月 日 代弁者氏名
本人氏名



ここからノート



さあ、未来のあなたと大切な人のために
「ここから」始めよう！

【あなた】

- ・元気なときからあなたの意思を形にするもの。
- ・意識がなくなった時に、これまでの意思を尊重してものごとが決められるよう。
- ・想像しやすい項目から話し合ってみましょう。

【一緒に考える人】

- ・聞きやすい項目から大丈夫。
- ・いちどに全て聞かなくても大丈夫。
- ・大切な人のありのままの気持ちを記そう。

●今のあなたにとって大切なことは？

(複数回答可)

日付 (1回目) (2回目) (3回目)

- ・楽しみや喜びにつながる可能性があること
- ・身の回りのことが自分でできること
- ・家族・親しい人や友人と時間を過ごせること
- ・家族や大切な人に負担をかけないこと
- ・その他

☐
☐
☐
☐☐
☐
☐
☐☐
☐
☐
☐

1回目

2回目

3回目

同
席
者

同
席
者

同
席
者

～生命に関わる病状のため、回復や治癒が望めない場合～

● 深刻な病状説明を受ける場合の希望

日付 (1回目) (2回目) (3回目)

- ・ 厳しい内容でも、全て自分に話してほしい
- ・ 主に家族・親しい人に話して自分には概要だけでよい
- ・ 自分は聞きたくない。家族・親しい人だけに説明して、判断まで任せたい
- ・ その他 ()

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

同
席
者

● 医療に関する希望

日付 (1回目) (2回目) (3回目)

- ・ 治癒が望めなくても、1日でも長く生きられる医療を受けたい
- ・ 治癒が望めないなら、延命治療は望まない
- ・ 延命治療は行わないが、苦痛は和らげてほしい
- ・ その他 (下記に記載)

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

1回目

同席者

2回目

同席者

3回目

同席者

● 病気やケガのため

自分で判断ができなくなった時
あなたはどこで過ごしたいですか？

日付 (1回目) (2回目) (3回目)

- ・ 自宅
- ・ 病院
- ・ 施設
- ・ その他 () () ()

同席者

● 残される人に伝えておきたいこと (例：財産・料理・引継ぎなど)

もしもの時のために「ここから」始めよう！

ここからノート
Vol.1

茨木市の在宅医療とケアを考える会

zaitaku.ibaraki@gmail.com