

「もしも」のときの私の願いシート

あなたが希望する医療・ケアについて、いまの気持ちを書き記してみましょう。
気持ちが変わった時は何度も書き直しましょう。

このシートは千曲市の
ホームページからダウ
ンロードできます



記入日 年 月 日 名前

ステップ1. あなたの気持ちについて (いくつ選んでもかまいません)

●あなたが大切にしたいことはなんですか？

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごすこと | <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと | <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみがなく過ごせること | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

ステップ2. 今の健康状態について

●あなたは、今の健康状態について相談できる医師はいますか？

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

ステップ3. 家族や信頼する人について

●あなたが意思表示できない場合に、自分の代わりに医師と相談して
医療・ケアの選択をしてほしい人は誰ですか？

(名前) (続柄)

ステップ4-1. 療養場所について

●あなたの人生の最終段階をどこで過ごしたいですか？

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 老人ホームなどの施設 | <input type="checkbox"/> 病院 | <input type="checkbox"/> わからない |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

ステップ4-2. 人生の最終段階の医療について

この書類に法的な効力はありません。また、書かれたことが必ず守られるとは限りませんが、家族や医師があなたの意
思を知り、行うべき医療処置の判断材料として生かされます。

●あなたの気持ちはどれに近いですか？

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> できるだけの延命治療をしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 延命よりも、痛みや苦しみをとりのぞく医療をしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 回復の見込みがなければ延命治療はしないでほしい |

●延命治療を望まれる場合、あなたはどのような治療を希望されますか？(詳細は10・11ページ参照)

心肺蘇生	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> わからない
気管挿管・人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> わからない
胃ろう、経鼻胃管	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> わからない
中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> わからない