（もしも回復困難な病状となり、自分で意思表示ができなくなったとき）

たとえば万が一の事故などにより、あなたが回復困難な病状となり、かつ自分で意思表示が

できなくなった場合などに備えて、あなたの医療に対する希望をお聞きしておきたいと思います。

・そのような状況になったときに受ける医療に対する希望を、あなたご本人が記載してください。

・あなた自身で判断できなくなったとき、主にご家族・主治医の参考になると思われます。

・この希望はいつでも修正・撤回できます。

・法律的な意味はありません。

1. 基本的な希望　（希望の項目をチェックしてください）
2. 痛みや苦痛について □できるだけ抑えて欲しい（□必要なら鎮静剤を使ってもよい）

　　　　　　　　　　　　 □自然のままでいたい

1. 終末期を迎える場所について　□病院 　□自宅 　□施設 　□病状に応じて
2. その他の基本的な希望（自由にご記載ください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 終末期になったときの希望　（希望の項目をチェックしてください）
2. 心臓マッサージなどの心肺蘇生　　　□して欲しい　　□して欲しくない
3. 延命のための人工呼吸器　　　　　　□して欲しい　　□して欲しくない
4. 胃ろう、鼻チューブによる栄養補給　□して欲しい　　□して欲しくない
5. 高カロリー輸液による栄養補給　　　□して欲しい　　□して欲しくない
6. 抗生物質の強力な使用　　　　　　　□して欲しい　　□して欲しくない
7. 点滴による水分の補給　　　　　　　□して欲しい　　□して欲しくない
8. その他の希望

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. ご自分が希望する医療が判断できなくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか？

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　　ご関係＿＿＿＿＿＿＿＿

 記載年月日　　　　　年　 　月　 　日

あなたのお名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所　　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿