



わたしの希望

将来、あなたが自分の気持ちや考えを伝えられなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを話しておきましょう。

ご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人や、医療・介護者ともあなたの希望を話し合っておきましょう。

希望や思いは、一度きりではなく何度でも変えることができ、何度でもお話することもできます。

1. あなたにとって大切なことは何ですか(いくつでも選ぶことができます)。

- 楽しみがあること
- 家族や友人と過ごす時間
- 少しでも長く生きること
- 身の回りのことが自分でできること
- できる限りの治療を受けられること
- 家族や周囲の負担にならないこと
- 痛みや苦しみが無いこと
- 好きなことが出来ること
- 経済的に困らないこと
- 仕事や役割が続けられること
- 今はわからない
- その他()

2. もしも“治療やケア”について、あなたが自分の考えや気持ちを伝えられなくなった時に、代わりに誰に話し合っ欲しいですか(何人でも良いです)。()内に氏名を記載して下さい。

- 配偶者(夫や妻)(氏名:)
- こども・孫(氏名:)
- 兄弟(氏名:)
- 親戚(氏名:)
- 友人・知人(氏名:)
- かかりつけ医(氏名:)
- その他(氏名:)
- 頼める人はいない
- 今はわからない

<p>3. もしも治らない病気になった時には、どのような医療やケアを受けたいですか。</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/>できるだけ長く生きるための治療を受けたい。</p> <p><input type="checkbox"/>痛みや辛さを軽減する治療やケアのみ受けたい。</p> <p><input type="checkbox"/>全ての治療やケアは受けたくない。</p> <p><input type="checkbox"/>今はわからない</p> <p>その他()</p>	
<p>4. あなたは、人生の最期をどこで迎えたいですか。</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/>自宅</p> <p><input type="checkbox"/>家族の家 友人や知人の家</p> <p><input type="checkbox"/>医療機関</p> <p><input type="checkbox"/>施設</p> <p><input type="checkbox"/>それ以外()</p> <p><input type="checkbox"/>今はわからない</p>	
<p>5. あなたが今お話された、医療やケアに関する希望、あなたが大切にしていることなどの内容を誰に知っておいて欲しいですか(何人でも良いです)。()内には、氏名を記載して下さい。</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/>家族(氏名:)</p> <p><input type="checkbox"/>兄弟(氏名:)</p> <p><input type="checkbox"/>友人や知人(氏名:)</p> <p><input type="checkbox"/>主治医</p> <p><input type="checkbox"/>支援者(施設職員・看護師・ケアマネージャー・介護職員・その他()) ○で囲んでください。</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p><input type="checkbox"/>特にいない</p> <p><input type="checkbox"/>今はわからない</p>	
記入日	年 月 日
確認場所	
参加者	
お名前	<p>本人署名</p> <p>代筆の場合、代筆者氏名とその理由</p> <p>代筆者名: 続柄:</p> <p>代筆の理由:</p>

確認した意思内容の変更等について

1	変更日	年 月 日	記入者氏名	
	変更理由:			
	変更内容:			
2	変更日	年 月 日	記入者氏名	
	変更理由:			
	変更内容:			
3	変更日	年 月 日	記入者氏名	
	変更理由:			
	変更内容:			
4	変更日	年 月 日	記入者氏名	
	変更理由:			
	変更内容:			
5	変更日	年 月 日	記入者氏名	
	変更理由:			
	変更内容:			
6	変更日	年 月 日	記入者氏名	
	変更理由:			
	変更内容:			
7	変更日	年 月 日	記入者氏名	
	変更理由:			
	変更内容:			