

### 3. 終末期に受けてみたい医療の希望

切り取り線

1. 最期のときが近づいた時、どこで過ごしたいですか <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院
2. 終末期の医療について（終末期：回復が見込めない状態） <input type="checkbox"/> 最期まで、できる限りの延命治療をしてほしい <input type="checkbox"/> 延命治療より、痛みや苦しみをとりのぞく医療をしてほしい <input type="checkbox"/> 回復の見込みがない場合、延命治療はしないでほしい
3. 終末期の具体的な治療に対する希望について記入してください。 ①自分の口から食事ができなくなったとき、延命のために「胃ろう・鼻チューブ・IVH（高カロリー輸液）」による栄養補給を希望しますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 分からない
②回復が見込めない状態で、心臓が動かなくなったとき、延命のために「心臓マッサージ」や「AED」などによる心肺蘇生をすることを希望しますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 分からない
③「痛みの軽減」をすることを希望しますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 分からない
4. 臓器提供、献体について <input type="checkbox"/> 臓器提供意思表示をしている（健康保険証や運転免許証の裏面など） <input type="checkbox"/> 献体の登録をしている（登録先：_____）

●自分で希望する医療が判断できなくなったとき、自分の気持ちや意向を代わりに伝えてもらいたい人は、どなたですか。

氏名	(間柄 _____)
連絡先	
その人に事前に自分の希望を伝えていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

氏名	(間柄 _____)
連絡先	
その人に事前に自分の希望を伝えていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

上記の内容は、現在の意思表示であり、その内容は常に変更・撤回できます。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名 \_\_\_\_\_