

“わたしの想いを つなぐノート”

(略称:わたしノート)



名前

生年月日

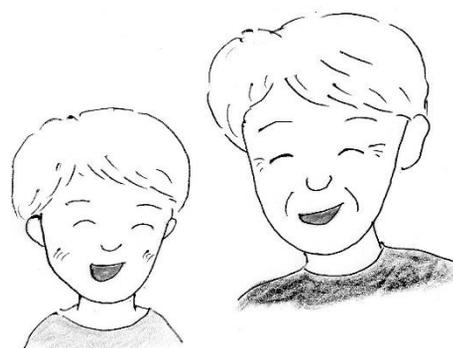
※このノートの使い方は「書き方の手引き」を参考にしてください。

回復の見込みがなく死期が迫った 場合の処置(延命治療)について

記入日：平成 年 月 日

- 人工呼吸器、心臓マッサージなど、生命維持のための最大限の治療を希望する。
- 人工呼吸器は希望しないが、胃ろうなどによる継続的な栄養補給を希望する。
- 継続的な栄養補給は希望しないが、点滴などの水分補給は希望する。
- 水分補給も行わず、最期を迎えたい。
- 延命治療は希望しないが、痛みは取ってほしい。
- 最期を迎える場所として私は以下を希望する。
 - 自宅 病院 老人ホーム
 - 介護保険施設 その他()
- 私の想いを次のページで述べているので見てほしい。

私の想い



※1・2ページの内容については、本人から話を聞き、意思を確認しています。

医療者署名		
医療者署名		
医療者署名		
家族署名		続柄
家族署名		続柄
家族署名		続柄
家族署名		続柄
家族署名		続柄

有効な治療法がない場合の 告知について

- 告知はしないでほしい
- 病名のみ告知希望
- 病名・余命とも告知希望
- その他()

臓器提供や献体について

- 臓器提供のためのドナーカードを持って
いる(保管場所:)
- 角膜提供のためアイバンクに登録している
(保管場所:)
- 献体の登録をしている
(登録団体:)
- 臓器提供や献体はしたくない
- 特に考えていない
- その他()

誰かが判断をしなくてはならない場合

私の治療方針について、誰かが決めなくてはならない場合は、

代理人1	氏名		続柄
	連絡先		

代理人2	氏名		続柄
	連絡先		

代理人3	氏名		続柄
	連絡先		

の意見を尊重して決めてください。

伝えておきたいこと

【かかりつけ医の先生】

電話:

電話:

電話:

【かかりつけ薬局名】

電話:

電話:

電話:

【担当の介護支援専門員】

事業所名:

担当者名:

電話:

【その他の医療従事者】

氏名:

職種:

電話:
