

もしもの時のために（事前指示書）

何が起こるか、わからない人生。

突然の事故や病気に見舞われることがあるかもしれません。

あらかじめ意思を示しておくことで、自分の望む延命治療を、家族や周囲の人に知ってもらうことができます。記入するときは、ご家族や親しい人とよく話し合い、かかりつけ医と相談のうえ、書面の存在を共有しておきましょう。この書面の内容は、最大限尊重され、もしものときの参考になります。



1. 治療をしても回復が見込めない状態になったときの「延命治療」について

- | | | |
|------------------------|--|--------------------------------|
| (1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生法 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| (2) 延命のための人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| (3) 鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> 鼻チューブ <input type="checkbox"/> 胃ろう | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| (4) 点滴による水分の補給 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| (5) 最期を過ごしたい場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> その他 | |
| (6) その他の希望（自由にご記入ください） | | |

2. 私が意思表示できなくなったときに、代わりに決めてほしい人

- ① 名前 _____ (関係) _____
- ② 名前 _____ (関係) _____



3. 1と2に記入ができましたら、ご家族とかかりつけ医に確認してもらいましょう。

ご家族 確認欄

日付 年 月 日

名前 (関係)

かかりつけ医 記入欄

医療機関名

医師名

連絡先 (TEL)

※ご家族の方へのお願い

大切なご本人の意思を、もしもの時に尊重できるように、十分に話し合い、わかるところに保管をお願いします。

※先生方へのお願い

患者さんが相談に来られたら、話し合いの内容を確認の上、右欄にご記入をお願いします。原本は本人に返却、コピーを取ってカルテに保管をお願いします。



わからないことは、かかりつけ医に遠慮なくご相談ください