

# 「人生の最終段階」に受けてみたい医療（私の思い）

人生の最終段階の医療・・・病状や衰弱が進み治療回復の見込みがなく、やがて死を迎える状態になった時の医療を想定します。

（ふりがな）

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

○「いまを生きる。あなたへ 人生の最終段階に受けてみたい医療とは メッセージノート」(P11～P14)を参考にしてお書きください。

○法律的な拘束力はありませんが、ご自身で判断ができなくなった時に、ご家族や医療関係者の参考になると思われます。

## 私の希望

○いろいろな処置ごとに、「して欲しい」、「して欲しくない」を選んで構いませんし、基本的な希望だけを選んで構いません。また、決めていないことは、空欄でも構いません。

◆基本的な希望 希望する項目に、チェック☑してください

人工呼吸器、心臓マッサージ等、生命維持のための最大限の治療をして欲しい

人工呼吸器は希望しないが、継続的な栄養補給はして欲しい

延命治療は希望しないが、痛みや苦痛はできるだけ抑えてほしい

・人生の最期を迎えたい場所 自宅 病院 施設

・その他の基本的な希望（ \_\_\_\_\_ ）

◆いろいろな処置に対する希望 希望する項目に、チェック☑してください

・呼吸が止まった時の器械による人工呼吸 して欲しい して欲しくない

・心臓が止まった時の心肺蘇生 して欲しい して欲しくない

・口から食べることができなくなった時

①自然にゆだねる はい いいえ

②点滴による水分補給 して欲しい して欲しくない

③特殊な点滴による栄養補給 して欲しい して欲しくない

④経鼻胃管栄養 して欲しい して欲しくない

⑤胃ろう して欲しい して欲しくない

◆わたしの想いを伝えている人、頼りにしている人（緊急連絡先）

（ふりがな）

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

◆かかりつけ医 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_（電話番号） \_\_\_\_\_

この内容を確認されているのであれば、かかりつけ医の署名 \_\_\_\_\_

◆記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◆代理者が記載した場合は、記載者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

※記入後は、もしもの時の為に、保険証等と一緒に、分かりやすい所に保管しましょう。

※医療に関する希望は状況により変わりやすいものです。時折見直したり、書き足したりしてみましょう。