

私の医療に関するメッセージシート

氏名 _____ 様

記入者

関係 ()

記入日

年

月

日

症状緩和について	望む	望まない	わからない	家族に決めて もらいたい
①痛み止め	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②酸素吸入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③たんを吸い出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
延命治療について	望む	望まない	わからない	家族に決めて もらいたい
④点滴（水分）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤点滴（栄養）〈中心静脈栄養〉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥鼻の管から栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦胃ろうから栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧人工透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨心臓マッサージ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩電氣的除細動（AED）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
⑫臓器提供	望む	望まない	わからない	家族に決めて もらいたい
○最期の時を迎えたい場所について	自宅・施設	病院	その他	家族に決めて もらいたい
○葬儀	普通にしたい	小さくしたい	したくない	家族に決めて もらいたい

私の生活に関するメッセージシート

① 心配なこと	② こうして欲しい
例えば… <ul style="list-style-type: none"> • この先どのくらい痛くなるのか • この先どのくらい生きられるのか • 医療介護費用はどのくらいかかるのか • ペットはどうなるのか 	例えば… <ul style="list-style-type: none"> • 病気のことは全て教えてほしい • しんどくないようにしてほしい • 家にあまり入られたくない • こうしてもらったらホッとする • 行きたい所がある
③ お金について	④ お墓について
例えば… <ul style="list-style-type: none"> • 誰々に受け取ってもらいたい • 法的分配がいい • ○○銀行口座に○○がある • 生命保険○○に入っている • 不動産（家）の処分 	例えば… <ul style="list-style-type: none"> • ○○にお墓がある • お墓がない • ○○で永代供養を希望したい • 献体を希望したい

今の気持ちや大切な方へのメッセージを自由に書いてください

[

]

あなたが希望する医療について判断できなくなったときに、相談してほしい人

氏名	続柄	緊急時 TEL
氏名	続柄	緊急時 TEL