

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	☐	☐	☐	☐
②酸素吸入	☐	☐	☐	☐
③たんを吸い出す	☐	☐	☐	☐
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）	☐	☐	☐	☐
⑤点滴（栄養）〈中心静脈栄養〉	☐	☐	☐	☐
⑥鼻の管から栄養	☐	☐	☐	☐
⑦胃ろうから栄養	☐	☐	☐	☐
⑧人工透析	☐	☐	☐	☐
⑨心臓マッサージ	☐	☐	☐	☐
⑩電氣的除細動（AED）	☐	☐	☐	☐
⑪人工呼吸器	☐	☐	☐	☐
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… ・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… ・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 ・〇〇だとホッとする ・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… ・誰々に受け取ってもらいたい ・法的分配がいい ・〇〇銀行口座に〇〇がある ・生命保険〇〇に入っている ・不動産（家）の処分 []	例えば… ・〇〇にお墓がある ・お墓がない ・〇〇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