

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 家にあまり入れられたくない 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 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… <ul style="list-style-type: none"> 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