

私の医療に対する希望

(もしも回復困難な病状となり、自分で意思表示ができなくなったとき)

たとえば万が一の事故などにより、あなたが回復困難な病状となり、かつ自分で意思表示ができなくなった場合などに備えて、あなたの医療に対する希望をお聞きしておきたいと思います。

- ・そのような状況になったときに受ける医療に対する希望を、あなたご本人が記載してください。
- ・あなた自身で判断できなくなったとき、主にご家族・主治医の参考になると思われます。
- ・この希望はいつでも修正・撤回できます。
- ・法的な意味はありません。

1、基本的な希望 (希望の項目をチェックしてください)

- ① 痛みや苦痛について できるだけ抑えて欲しい (必要なら鎮静剤を使ってもよい)
自然のままでもいい
- ② 終末期を迎える場所について 病院 自宅 施設 病状に応じて
- ③ その他の基本的な希望 (自由にご記載ください)

2、終末期になったときの希望 (希望の項目をチェックしてください)

- ① 心臓マッサージなどの心肺蘇生 して欲しい して欲しくない
- ② 延命のための人工呼吸器 して欲しい して欲しくない
- ③ 胃ろう、鼻チューブによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
- ④ 高カロリー輸液による栄養補給 して欲しい して欲しくない
- ⑤ 抗生物質の強力な使用 して欲しい して欲しくない
- ⑥ 点滴による水分の補給 して欲しい して欲しくない
- ⑦ その他の希望

3、ご自分が希望する医療が判断できなくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか？

氏名 _____

ご関係 _____ i

記載年月日 平成 年 月 日

あなたのお名前 _____

ご住所 _____

私の医療に対する希望
