

わたしの想いを つなぐノート

(略称：わたしノート)



名 前

生年月日

※このノートの使い方は「書き方の手引き」を参考にしてください。

回復の見込みがなく死期が迫った 場合の処置(延命治療)について

記入日： 年 月 日

- ☐ 人工呼吸器、心臓マッサージなど、生命維持のための最大限の治療を希望する。
- ☐ 人工呼吸器は希望しないが、胃ろうなどによる継続的な栄養補給を希望する。
- ☐ 継続的な栄養補給は希望しないが、点滴などの水分補給は希望する。
- ☐ 水分補給も行わず、最期を迎えたい。
- ☐ 延命治療は希望しないが、痛みは取ってほしい。
- ☐ 最期を迎える場所として私は以下を希望する。
 - ☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 老人ホーム
 - ☐ 介護保険施設 ☐ その他（ ）
- ☐ 私の想いを次のページで述べているので見てほしい。

私の想い



※1・2 ページの内容については、本人から話を聞き、意見を確認しています。

医療者署名		
医療者署名		
医療者署名		
家族署名		続柄
家族署名		続柄
家族署名		続柄
家族署名		続柄
家族署名		続柄

有効な治療法がない場合の 告知について

- ☐ 告知はしないでほしい
- ☐ 病名のみ告知希望
- ☐ 病名・余命とも告知希望
- ☐ その他（ ）

臓器提供や献体について

- ☐ 臓器提供のためのドナーカードを持っている
（保管場所： ）
- ☐ 角膜提供のためアイバンクに登録している
（保管場所： ）
- ☐ 献体の登録をしている
（登録団体： ）
- ☐ 臓器提供や献体はしたくない
- ☐ 特に考えていない
- ☐ その他（ ）

誰かが判断をしなくてはならない場合

私の治療方針について、誰かが決めなくてはならない場合は、

代理人 1	氏 名		続柄
	連絡先		

代理人 2	氏 名		続柄
	連絡先		

代理人 3	氏 名		続柄
	連絡先		

の意見を尊重して決めてください。

伝えておきたいこと

【かかりつけ医の先生】

電話：

電話：

電話：

【かかりつけ薬局名】

電話：

電話：

電話：

【担当の介護支援専門員】

事業所名：

担当者名：

電話：

【その他の医療従事者】

氏名：

電話：

職種：