

その時に備えて

*ご本人の希望や想いに沿った選択ができるよう、ご家族や大切な人、医療・介護関係者で話し合っておきましょう。
 *法定伝染病や事件、事故、災害等の場合は適応外となる場合もあります。

利用者・患者氏名	
----------	--

「その時に備えて」医療に対する利用者・患者の希望

基本的な希望	大切にしていること	<input type="checkbox"/> 家族や友人、ペットのそばにいたいこと <input type="checkbox"/> 仕事や社会的な役割が続けられること <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみがないこと	<input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること <input type="checkbox"/> 好きなことができること <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと <input type="checkbox"/> その他：
	痛みや苦痛について	<input type="checkbox"/> できるだけ抑えて欲しい <input type="checkbox"/> 必要なら鎮痛剤を使ってもよい <input type="checkbox"/> 自然のまままでいたい	
	終末期を迎える場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 病状に応じて：	
	その他基本的な希望		
自由記載：			

終末期の希望	① 心臓マッサージなどの心肺蘇生	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない
	② 延命のための人工呼吸器	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない
	③ 胃ろうによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない
	④ 経鼻チューブによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない
	⑤ 高カロリー輸液の投与	<input type="checkbox"/> して欲しい <input type="checkbox"/> して欲しくない
	⑥ その他（輸血・人工透析など）の希望	
自由記載：		

代理決定者（利用者が自分で判断ができなくなったとき、主治医が相談すべき人）

氏名：	関係：	特記事項：
氏名：	関係：	
氏名：	関係：	

「その時に備えて」の話し合い *上記に記載している内容について、話し合った時の状況

話し合いの日時・場所	日	時	今年	月	日	： ～	場	所
------------	---	---	----	---	---	-----	---	---

参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他：							※下欄に氏名、本人との関係を記入		
	医療・介護・福祉等関係者									
	所属施設・事業所名	職	種	氏	名	所属施設・事業所名	職	種	氏	名

<話し合いの概要、備考>