



**人工呼吸器が既に付けられている場合**

いったん電源を切り、私の自発呼吸が  
戻らないときは人工呼吸器を取り外して

- ほしい                       ほしくない                       今は決められない

**感染症が通常の抗生剤治療で改善しない場合**

強力な抗生物質を

- 使ってほしい                       効果が期待できるときは使ってほしい  
 使ってほしくない                       今は決められない

**心不全を起こした場合**

電氣的除細動を

- してほしい                       してほしくない                       今は決められない

心臓マッサージを

- してほしい                       してほしくない                       今は決められない

ペースメーカーを

- してほしい                       してほしくない                       今は決められない

大動脈内バルーンポンピング法を

- してほしい                       してほしくない                       今は決められない

強心剤(昇圧剤)の投与を

- してほしい                       してほしくない                       今は決められない

**腎機能が低下して尿毒症等になった場合**

人工透析を

- してほしい                       してほしくない                       今は決められない

**その他**

血漿交換を

- してほしい                       してほしくない                       今は決められない

輸血を

- してほしい                       してほしくない                       今は決められない

脳圧低下薬を

- してほしい                       してほしくない                       今は決められない

**緩和医療の内容について**

※緩和医療とは・・・重い病気の末期で不治と判断された場合に、治療よりも患者の心身の苦痛を和らげ穏やかに日々を過ごせるように配慮する治療法

- 苦痛を取り除いてほしい。  
苦痛を取り除く程度                       痛みに妨げられることなく、夜はよく眠れる程度  
 痛みを軽減する程度                       安静時にも痛みがない程度  
 体を動かしても痛みがない程度
- 多少の苦痛はあっても最後まで意識を維持したい。  
 できる限りの治療を施してほしい。  
 何もなくてよい。

**臓器提供や献体について**

- 臓器提供のためにドナーカードを持っている。  
カードの保管場所(                      )
- 角膜提供のためにアイバンクに登録している。  
登録証の保管場所(                      )
- 献体の登録をしている。  
登録した団体(                      )                      電話番号(                      )
- 臓器提供や献体はしたくない。  
 特に考えていない。  
 その他(                      )

**救急搬送について**

- 救急隊による救命処置を希望する。  
 救急隊による救命処置を希望しない。  
ただし、緊急時に救急搬送された場合は、リビングウィルに関係なく救急隊による救命処置が施される可能性があることに同意します。

**その他**

私の治療方針について、私以外の誰かが判断しなくてはならない場合は、以下の者の意見を尊重して決めてください。

氏名(                      )                      電話番号(                      )                      続柄(                      )

その他の希望等について

--

この申出に際し相談した人

<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 医療相談室	<input type="checkbox"/> その他( )
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

令和 年 月 日

氏名	生年月日
⑩	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住所	電話番号
	( )