



ここからノート



さあ、未来のあなたと大切な人のために
「ここから」始めよう！

【あなた】

- ・元気なときからあなたの意思を形にするもの。
- ・意識がなくなった時に、これまでの意思を尊重して
ものごとが決められるよう。
- ・想像しやすい項目から話し合ってみましょう。

【一緒に考える人】

- ・聞きやすい項目から
で大丈夫。
- ・いちどに全て聞かなく
ても大丈夫。
- ・大切な人のありのまま
の気持ちを記そう。

● 今のあなたにとって大切なことは？

（複数回答可）

- ・楽しみや喜びにつながることがあること
- ・身の回りのことが自分でできること
- ・家族・親しい人や友人と時間を過ごせること
- ・家族や大切な人に負担をかけないこと
- ・その他

日付 (1回目	2回目	3回目
) (□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□

1回目

2回目

3回目

同
席
者

同
席
者

同
席
者

～生命に関わる病状のため、回復や治癒が望めない場合～

● 深刻な病状説明を受ける場合の希望

- ・厳しい内容でも、全て自分に話してほしい
- ・主に家族・親しい人に話して自分には概要だけでよい
- ・自分は聞きたくない。家族・親しい人だけに説明して、判断まで任せたい
- ・その他

日付 (1回目) (2回目) (3回目)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

同席者
()

● 医療に関しての希望

- ・治癒が望めなくても、1日でも長く生きられる医療を受けたい
- ・治癒が望めないなら、延命治療は望まない
- ・延命治療は行わないが、苦痛は和らげてほしい
- ・その他 (下記に記載)

日付 (1回目) (2回目) (3回目)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1回目

同席者

2回目

同席者

3回目

同席者

● 病気やケガのため

自分で判断ができなくなった時
あなたはどこで過ごしたいですか？

日付 (1回目) (2回目) (3回目)

- ・自宅
- ・病院
- ・施設
- ・その他 () () ()

同席者

● 残される人に伝えておきたいこと

(例：財産・料理・引継ぎなど)

もしもの時のために「ここから」始めよう！

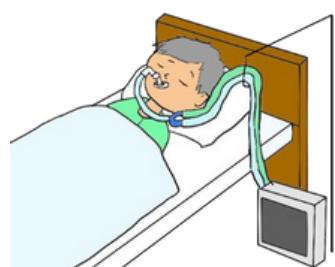
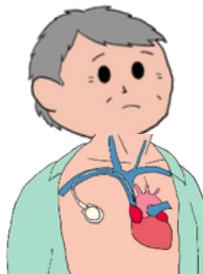
ここからノート
Vol.1

茨木市の在宅医療とケアを考える会 zaitaku.ibaraki@gmail.com



終末期医療における意思表明(リヴィング・ウィル)

私は、下記の医療行為について、以下のように希望します。なお、この希望はいつでも撤回し、または変更することができます。撤回、変更は、同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。



	1回目 日付 ()	2回目 日付 ()	3回目 日付 ()
輸液	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
中心静脈栄養	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
経管栄養 (胃瘻を含む)	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
昇圧剤の投与	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
(心肺停止時の) 蘇生術	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
人工呼吸器	する	する	する
	しない	しない	しない
	わからない	わからない	わからない
医療機関名			
説明医師			

このほかの事柄については、以下の方を代弁者(代理人)として、その方の判断に委ねます。

年 月 日 代弁者氏名
本人氏名

安心カード

記入日：20 年 月 日

ふりがな：

生年月日：西暦

年 月 日

氏名：

電話番号：

【かかりつけ医療機関】

①医療機関名：

電話番号：

緊急対応：あり・なし

主治医名：

②医療機関名：

電話番号：

緊急対応：あり・なし

主治医名：

【訪問看護ステーション】

なし

あり ステーション名：

電話番号：

【現在の病気】

【過去の病気】

【アレルギー】

なし・あり (

)

【延命処置の希望】

リビングウィル参照（最後のページ）

※救急要請した際は必ず『希望する』ことになります

【緊急時の連絡先（家族・親族・友人など）】

①氏名：

関係：

住所：

電話番号：

②氏名：

関係：

住所：

電話番号：

【日常的な支援者（ケアマネジャー・民生委員・友人など）】

氏名：

関係：

所属：

電話番号：

【その他伝えたいこと】

本人の意思を代理する者：