

リビング・ウィル

あなたが病気や事故で意思表示できなくなっても、最後まであなたの意思を尊重した治療を行います。意識や判断能力が回復しない状態になった場合に備えて、あなたの今のお考えをお示してください。

※今のお考えに近いものにチェックを記入してください。

1. 基本的な希望について

① 痛みや苦痛の対応はどうしてほしいですか？

できる限り抑えてほしい 自然のままでもいい わからない

② 治療はどこで受けたいですか？

なるべく自宅で対応してもらいたい なるべく入院で対応してもらいたい
わからない その他 ()

③ 最期を迎えるときは、どの場所で迎えたいと思いますか？

自宅 ぎりぎりまで自宅 早めに医療施設 介護施設
わからない その他 ()

④ その他の希望がありましたら記入してください

()

2. 治療の希望について

人工呼吸器、心臓マッサージ等生命維持のための最大限の治療。

人工呼吸器は希望しないが高カロリー輸液や胃ろう等による継続的な栄養補給。

継続的な栄養補給は希望しないが、点滴による水分補給は希望する。

点滴などによる水分補給も行わず、自然に最期を迎えたい。

わからない

その他の希望がありましたらご記入ください

()

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

氏名 () 続柄 ()

ご住所 ()

ご連絡先 ()

記入日： 年 月 日

患者さまの氏名 _____

代筆者の氏名 _____ 続柄 ()

病状の経過や環境等によりお気持ちが変わられた場合は、いつでも遠慮なくお申し出ください。

伊東市民病院
2020/11/1 施行