これからのおぼえがき（私の希望）

私自身が判断できない場合、介護や医療の希望は下記のとおりです。

記入日　　年　　月　　日

どこで介護をしてほしいか	☐ 自宅を希望する ☐ 施設や病院に入りたい ☐ 家族・親族の判断に任せる ☐ その他（　　）
誰に介護してほしいか	☐ 家族にまかせたい ☐ ヘルパーなど介護の専門家にまかせたい ☐ 家族・親族の判断に任せる ☐ その他（　　）
介護や医療にかかる費用について	☐ 年金や貯金を費用に当ててほしい ☐ 保険に加入している （保険会社名　　保険名　　） ☐ 家族・親族の判断に任せる
病名と余命告知につて	☐ 病名も余命も告知しないでほしい ☐ 病名だけは告知してほしい ☐ 病名も余命も告知してほしい ☐ その他
延命治療について	☐ できる限りの延命治療をしてほしい ☐ 苦痛を和らげる緩和的医療を重視してほしい ☐ こん睡状態で、意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は、延命治療はしないでほしい ☐ 重篤な脳障害を受け（例えば、目を見開くことはできないけれど、話したり理解することはできない状態）、回復する見込みがない場合は、延命治療はしないでほしい
臓器提供や献体について	☐ 臓器提供の意思表示カードを持っている ☐ アイバンク（角膜提供）に登録している ☐ 献体の登録をしている ☐ とくに考えていない ☐ その他
その他	私の介護や医療について記しておきたいこと

私以外の誰かが判断をしなくてはいけない場合、意見を尊重してほしい人は、

氏名		連絡先	