

2 延命治療・緩和治療・臓器提供・病名告知等についての私の考え方

■ 死についての私の考え方

① 痛みや苦痛への対処

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

末期がん等になったら緩和治療を 希望します 希望しません

その他

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

末期がん等になったら緩和治療を 希望します 希望しません

その他

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

末期がん等になったら緩和治療を 希望します 希望しません

その他

メモ

② 回復困難な状況になったとき

記入日	年 月 日	記入時の年齢	歳
<input type="checkbox"/> 延命治療は望みません			
<input type="checkbox"/> 延命治療を望みます			
<input type="checkbox"/> その他			
記入日	年 月 日	記入時の年齢	歳
<input type="checkbox"/> 延命治療は望みません			
<input type="checkbox"/> 延命治療を望みます			
<input type="checkbox"/> その他			
記入日	年 月 日	記入時の年齢	歳
<input type="checkbox"/> 延命治療は望みません			
<input type="checkbox"/> 延命治療を望みます			
<input type="checkbox"/> その他			

回復困難とは⇒ 医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断されたとき

もしものときのために

あなたが望む医療ケアについて、元気なときから前もって考え、信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

市では病気があっても住み慣れた自宅で自分らしく暮らすための情報や相談窓口をまとめた「在宅療養ハンドブック」を配布していますので、本ノート作成のためにご活用ください。

市のホームページからもダウンロード可能です。

③ 臓器提供について

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
脳死状態になったら臓器提供を <input type="checkbox"/> 行います <input type="checkbox"/> 行いません					
ドナー登録について <input type="checkbox"/> しています <input type="checkbox"/> していません					
献体登録について <input type="checkbox"/> しています <input type="checkbox"/> していません					
<input type="checkbox"/> その他					
記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
脳死状態になったら臓器提供を <input type="checkbox"/> 行います <input type="checkbox"/> 行いません					
ドナー登録について <input type="checkbox"/> しています <input type="checkbox"/> していません					
献体登録について <input type="checkbox"/> しています <input type="checkbox"/> していません					
<input type="checkbox"/> その他					
記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
脳死状態になったら臓器提供を <input type="checkbox"/> 行います <input type="checkbox"/> 行いません					
ドナー登録について <input type="checkbox"/> しています <input type="checkbox"/> していません					
献体登録について <input type="checkbox"/> しています <input type="checkbox"/> していません					
<input type="checkbox"/> その他					
記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
脳死状態になったら臓器提供を <input type="checkbox"/> 行います <input type="checkbox"/> 行いません					
ドナー登録について <input type="checkbox"/> しています <input type="checkbox"/> していません					
献体登録について <input type="checkbox"/> しています <input type="checkbox"/> していません					
<input type="checkbox"/> その他					

④ 病名の告知について

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

知りたい

知りたくない

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

知りたい

知りたくない

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

知りたい

知りたくない

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

知りたい

知りたくない

⑤ 余命の告知について

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

知りたい

知りたくない

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

知りたい

知りたくない

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

知りたい

知りたくない

記入日	年	月	日	記入時の年齢	歳
-----	---	---	---	--------	---

知りたい

知りたくない