

「私が大切にしたいこと」



私たち医療スタッフは、あなたの考え方や価値観を大切にしたい医療を提供したいと思います。あなたの希望やどんな医療や介護を受けたいと思っているかを聞かせてください。なお、記入されない場合や、記入いただいた内容により、あなたが不利益を被ることはありませんのでご安心ください。また、記入いただいた内容は法的な意味や強制力はなく、お考えが変わったらいつでも修正・変更いただけます。

✿ あなたが大切にしたいことは何ですか？

(いくつ選んでも結構です)

- 趣味を楽しむことができる
- 家族や友人と十分に時間を過ごせる
- 身の回りのことが自分でできる
- 落ち着いた環境で過ごせる
- 人として大切にされる
- 人生をまっとうしたと感じる
- 社会や家族で役割を果たせる
- 望んだ場所で過ごせる
- 痛みや苦しみが少なく過ごせる
- 医師を信頼できる
- 人の迷惑にならない
- 納得いくまで十分な治療を受ける
- 自然に近い形で過ごせる
- 大切な人に伝えたいことを伝える
- 先々に起こることを詳しく知っておく
- 病気や死を意識せずに過ごせる
- 他人に弱った姿を見せない
- 生きていることに価値観を感じられる
- 信仰に支えられる
- その他 ()

✿ 病気について

- 知りたい
- 知りたくない
- その他 ()

✿ 受ける治療に関して希望がありますか？

(健康な方は「もしも病気になったら」を仮定してお答えください)

- とにかく病気を治すためなら、どんな治療でも受けたい
- 痛みや苦痛を和らげるための処置や治療を十分に受けたい
- 有効な治療法がない場合には、自分らしさを保てるよう必要最小限の治療を受けたい
- 最期の場合には、できるだけ自然な形で迎えられるよう過剰な処置は望まない
- 1日でも長く生きるためなら、どんな延命治療*でも受けたい
- その他 ()

※ 延命治療とは病気が治る見込みがない場合でも、延命するためにおこなう人工呼吸、心臓マッサージなどの医療処置のこと

✿ 介護が必要になったときに介護を受けたい人

- 子ども
- 配偶者
- 兄弟姉妹
- 施設等の介護職員
- その他 ()

✿ 常に介護が必要になったとき

- 自宅で介護サービスを利用しながら生活したい
- 施設や病院で介護してほしい
- その他 ()

✿ 代わりに意思決定をしてくれる人

- いる (氏名 : _____ 続柄 : _____)
- いない

✿ 自由記載欄

(その他、医療者に伝えておきたいあなたの思いがあれば、ご記入ください)

記載日 : 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 患者氏名 (自署) : _____