

①もしも、あなたが治らない病気などになったら  
どこで、どのように過ごしたいですか？

どのように過ごしたいか？

いろいろな機械やチューブをつけてでも、できるだけ長く生きたい

痛みや辛さを和らげる治療だけは受けたい

治療はどんな物であっても受けたくない

今はわからない

その他 ( )

何処で過ごしたいか？

自宅

病院

施設（決めている施設）

下記の状態のなれば施設や病院に行きたい

ごはんが作れなくなった時

歩けなくなった時

自分の口で食事が食べれなくなった時

排泄が一人でできなくなった時

認知症の症状が出たとき

その他

今はわからない

②もしあなたが自分で判断できなくなった時、

あなたの代わりに誰に話をして欲しいですか？

- 親
- 夫・妻・パートナー ( )
- 子供 ( )
- 孫 ( )
- 兄弟 ( )
- 親戚 ( )
- 友人・知人 ( )
- かかりつけ医 ( )
- 後見人等支援者 ( )
- その他 ( )
- 今はいない

署名 ( )

記入した日 年 月 日

話し合った日 年 月 日

一緒に話をした人 ( )