



アドバンス・ケア・プランニングシート

◎あなたにとって大切なことは？

あなたの人生で大切にしたいことは何ですか。
これから先、どのように暮らしていきたいですか。
あなたの目標・希望・想いについて気持ちを整理してみましょう。

- ☐ 楽しみがあること
- ☐ 身の回りのことが自分でできること
- ☐ 家族の負担にならないこと
- ☐ 仕事や役割が続けられること
- ☐ 一日でも長く生きること
- ☐ 家族や大切な人との時間を大切にすること

◎あなたが受ける治療やケアの希望は？

もしもあなたが病気になったり、大きなケガをした時のことについて
希望・想いについて整理してみましょう。

- ☐ 必要な治療やケアを受けて、できるだけ長生きしたい
- ☐ 命は短くなる可能性はあるが、治療やケアは受けたくない
- ☐ 治療やケアに私の思いや価値観が尊重されること
- ☐ 命を延ばすよりも、苦痛を和らげたり、望む場所で穏やかに過ごしたい
- ☐ わからない



もしも、介助が必要になった時はどこで、どのように過ごしたいですか。

どこで？

☐ 病院 ☐ 施設 ☐ 自宅 ☐ その他() ☐ わからない

どのように？

- ☐ 家族に協力してもらいたい
- ☐ 食事やトイレなど、最低限自分でできる生活がしたい
- ☐ とにかく長生きしたい
- ☐ 家族に迷惑をかけたくない
- ☐ その他


病状の悪化などにより、自分の考えが伝えられなくなった場合にどこで治療やケアを受けたいですか。

☐ 病院 ☐ 施設 ☐ 自宅 ☐ その他() ☐ わからない

◎あなたの代わりの判断は誰にしてほしい？

あなた自身が判断したり、希望を伝えることができなくなった時、あなたの代わりに医療やケアの判断は誰にしてもらいたいですか。

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 () | <input type="checkbox"/> 子ども () |
| <input type="checkbox"/> 親戚 () | <input type="checkbox"/> 友人等 () |
| <input type="checkbox"/> 代理人 () | <input type="checkbox"/> その他 () |

 あなたの考えや想いを自由に書いてください。

【お名前】

【ご記入日】

年 月 日