

知多市私のきもちをつなぐシート（ACP連携シート）

氏名

事業所名

生年月日 年 月 日 () 歳

1. もしも治らない病気などになった時は

①どんな治療やケアを受けて過ごしたいか

※当てはまる項目に✓してください

記入日				
記入者名				
<ul style="list-style-type: none"> ・可能な限り延命治療を受けたい ・回復の見込みがなければ、延命治療を希望しない ・苦痛を少なくすることを重視する 				

②希望する医療処置

<ul style="list-style-type: none"> ・心臓マッサージなどの心肺蘇生 ・気管挿管と人工呼吸 ・胃瘻や経鼻栄養からの栄養補給 ・点滴からの水分補給 				

③急変時の対応について

<ul style="list-style-type: none"> ・救急車を呼んでほしい ・回復の見込みがあるなら救急車を呼んでほしい ・救急車は呼ばず、在宅医に処置をしてほしい 				

④最期はどこで迎えたいか

<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・介護施設 ・病院 ・家族等にまかせる ・その他 () 				

2. 家族の治療やケアに対する意向

3. 自分で判断できなくなったとき、代わりに意見を聞いてほしい人

- ・氏名
- ・続柄（関係）
- ・連絡先 ☎

4. 伝えておきたいこと（気がかりなこと、今からやりたいこと、大切にしていること等）