

わたしの心づもり

アドバンスケアプランニング（ACP）シート



もしもの時に備えて、あなたの希望や思いについて心づもりをしておくことで安心です。あなたらしい過ごし方ができるように今の気持ちを書き留めておきましょう。

時代が変わっていくようにあなた自身も変化します。思いや希望は何度でも書き直してかまいません。

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

あなたのお名前： _____

記載された方がご本人以外の場合の続柄： _____ お名前： _____

この用紙について、他施設の医療・介護・福祉担当者に情報提供してもよいですか？
どちらかに○をつけてください。 可 ・ 不可

1.あなたが「大切にしていること」は何ですか？（複数選択可）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみがあること | <input type="checkbox"/> 食べたり飲んだりできること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> 大切な人に自分の想いを伝えること |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知ること | <input type="checkbox"/> 一日でも長く生きること |
| <input type="checkbox"/> 家族や大切な人との時間を大切にすること | |

理由やその他の希望があれば自由に書いてみましょう

2.イメージしてお答え下さい…

- 1) 延命治療についての考えをお聞かせください。ひとつだけ選んで○をつけてください。
- 一日でも長く生きられるような治療（人工呼吸器を装着するなど）を受け続けたい
 - 期間を決めて治療を受けて、それから考えたい
 - とにかく病気が治ることを目的とした治療を受けたい
 - 死期が早まっても、痛みや苦しみを和らげるための十分な処置や治療を受けたい
 - できるだけ自然な形で最後を迎えられるように、必要最小限（酸素・点滴など）の治療を受けたい
 - 延命は考えず、穏やかに過ごしたい

理由やその他の希望があれば自由に書いてみましょう

2)もしも、介助が必要になったら？

①どこで過ごしたいですか？ ひとつだけ選んで○をつけてください。

- ・病院 ・施設 ・自宅 ・その他（ ） ・わからない

②どのように過ごしたいですか？（複数選択可）

- 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（ ）

3)もしも、最期の時が近くなった時に過ごしたい場所はどこですか？

ひとつだけ選んで○をつけてください。

- ・病院 ・施設 ・自宅 ・その他（ ） ・わからない

3.あなた自身、意思表示ができなくなったときに代弁者として託したい人は誰ですか？

ひとつだけ選んで○をつけてください。

- ・配偶者（夫・妻）
・子ども（お名前： 続柄： ）
・親戚（お名前： 続柄： ）
・友人（お名前： ）
・代理人（お名前： あなたとの関係や職業 例：弁護士など： ）
・その他（お名前： あなたとの関係や職業 例：施設職員など： ）

4.その他、治療や看護での希望や伝えたいことがあれば、自由に書いてみましょう



ご協力ありがとうございました