

会員 番号	
登録日	

## リビング・ウィル -Living Will-

### -人生の最終段階における事前指示書-

この指示書は私が最後まで尊厳を保って生きるために私の希望を表明したものです。  
私自身が撤回しない限り有効です。

- 私に死が迫っている場合や、意識のない状態が長く続いた場合は、死期を引き延ばすためだけの医療措置は希望しません。
- ただし私の心や身体の苦痛を和らげるための緩和ケアは、医療用麻薬などの使用を含めて充分に行ってください。
- 以上の2点を私の代諾者や医療・ケアに関わる関係者は繰り返し話し合い、私の希望をかなえてください。

私の最期を支えてくださる方々に深く感謝し、その方々の行為一切の責任は私自身にあることを明記します。

### 必須記入項目

<b>▼申込者</b>		記入日 西暦	年	月	日
氏名(自筆)	フリガナ	生年月日 西暦	年	月	日
		男 ・ 女			
住 所	〒	電話			
		携帯			
メールアドレス					

**▼署名立会人(私の意思でこのリビング・ウィルに署名したことを証明する人。適任者がいない場合は書かなくて良いです。)**

名 前		私との関係
連絡先		

**▼代諾者(私が意思表示できなくなった時に私の代わりに私の意思を伝える人。適任者がいない場合は書かなくて良いです。)**

1. 名 前		私との関係
連絡先		
2. 名 前		私との関係
連絡先		

### 任意記入項目

**▼かかりつけ医**

医師名		医療機関名
連絡先		

**▼ケアマネージャーなど**

名 前		職種	所属
連絡先			

# 私の希望表明書 ①

【記入は任意です。書きたい時がきたら記入してください。迷う場合は書かなくてもよいです。】  
リビング・ウィル3箇条に加え、私の思いや人生の最終段階における具体的な医療に対する要望にチェックを入れました。自分らしい最期を生きるための「私の希望」です。

記入日                      年              月              日                      本人署名

## 希望する医療措置について

- 点滴                       輸血                       酸素吸入  
 人工呼吸器装着       人工透析               抗がん剤               心肺蘇生               昇圧剤や強心剤

## 希望する栄養や水分補給

- 口から入るものだけを食べさせてほしい       状態に応じた少量の点滴  
 胃ろうによる栄養       経鼻チューブ栄養       中心静脈栄養

## 緩和ケア

- 医療用麻薬や鎮静薬も使用して、痛みを感じることはないよう十分な緩和ケアを行ってほしい  
 肉体的な苦痛だけでなく、精神的・社会的な痛みのケアも行ってほしい  
 私の死に直面し、喪失感と悲嘆に暮れる人々への精神的・社会的なケアを行ってほしい

## 意思の疎通ができなくなったとき

- リビング・ウィルと「私の希望表明書」だけでは判断しきれない場合は、  
私の代諾者や医療・ケアに関わる関係者が繰り返し話し合い、私の最善を考えてください  
 私が少しでも意思表示をする場合は、その意図をくみ取る努力をお願いします

## 最期の過ごし方

### 場所

- 自宅(自分の家・子供の家・孫の家・親戚の家:具体的な名前 \_\_\_\_\_)  
 自宅以外( \_\_\_\_\_)  
 高齢者施設の居室       介護施設       病院       ホスピスや緩和ケア病棟  
 分からない               その他( \_\_\_\_\_)

## 誰と(ペットの名前を書かれても結構です)

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

## どのように

.....  
.....  
.....  
.....

