

もしものときは…

●終末期の過ごし方について

☐自宅 ☐施設 ☐病院 ☐その他()

●告知について

☐病名、余命も知りたい ☐病名だけ知りたい
☐余命だけ知りたい ☐何も知りたくない

●意識がある場合での延命治療について

☐可能な限り延命治療を希望する ☐延命治療を希望しない
☐苦痛を和らげる治療を希望する ☐すべての治療を希望しない

●昏睡状態での延命治療について

☐可能な限り治療を希望する ☐治療を希望しない

●入退院等の手続き等をお願いできる人

氏名 _____ 関係 _____

連絡先 _____

●亡くなった後のことをお願いできる人

氏名 _____ 関係 _____

連絡先 _____

●その他家族等で話し合っておきたいこと



中山町

人生会議

(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)

～ わたしのもしもノート ～

中山町健康福祉課 発行

わたしについて

🌻 氏名 _____

🌻 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

🌻 住所 _____

🌻 本籍 _____

🌻 電話番号 _____

🌻 血液型 _____ 型

🌻 かかりつけ医

	医療機関名	診療科	主治医名
1			
2			
3			

🌻 これまでの病歴

診断名	服薬の有無	治療の有無

わたしについて

🌻 趣味・特技・・・ _____

🌻 好きな食べ物・・・ _____

🌻 苦手な食べ物・・・ _____

🌻 日課・・・ _____

🌻 好きな言葉・・・ _____

🌻 楽しみ・・・ _____

🌻 お気に入りの場所・・・ _____

🌻 好きな色・・・ _____

🌻 大切な人

	名前(家族・親族・友人など)	続柄・関係	連絡先
1			
2			
3			
4			

※ もしもの時に連絡してほしい人を記入