**◎延命治療として私が希望すること、しないこと**

**希望するときは　 、わからないときは　 、希望しないときは　 の記号を上からなぞってください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **内容** | **年　　月　　日**  **（　　　歳）** | **年　　月　　日**  **（　　　歳）** | **年　　月　　日**  **（　　　歳）** |
| 1　心臓マッサージなど  の心肺蘇生術 |  |  |  |
| 2　延命のための  人工呼吸器 |  |  |  |
| 3　胃瘻や経鼻経管栄養  による延命 |  |  |  |
| 4　点滴による水分補給 |  |  |  |
| 5　高カロリー輸液によ  る延命 |  |  |  |

**◎自分の治療方針について**記入日　　年　　月　　日  
**誰かが決めなくてはならないもしもの時**　　　　　　（　　　歳）

|  |
| --- |
| 名前　　　　　　　　　　　　　　　　　の意見を聞いて決めてください  　　　　　　　　続柄　 　　　 連絡先 |