



◎あなたの人生の最終段階の治療方針につき、ご家族等、相談・確認できる人がいれば優先順に記入してください。

	氏名	住所	連絡先電話番号	本人との関係
1				
2				
3				

◎緊急時に救急隊などから人生の最終段階の治療方針等に関する確認・連絡をしてもいいと言われている主治医、かかりつけ医がいる場合は記入してください。(○をつけてください)

- 1 24時間いつでも電話していいことになっている
- 2 診療時間中のみ電話連絡していいことになっている
- 3 そのような主治医、かかりつけ医はいない

医療機関名

医師名

連絡先電話番号

◎そのほかに通院中の医療機関や利用している介護事業所等があれば記入してください。

医療機関・事業所名	連絡先電話番号	主治医・担当ケアマネジャー

メモ（気をつけてほしいこと等） 例）音が聞こえづらいため筆談が必要

.....

.....

.....

以上のとおり希望します。

年 月 日

署名

\_\_\_\_\_