

わたしのこと

記入日：

氏名	フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和・平成・西暦
			年 月 日
住所	〒		
血液型	O・A・B・AB RH (+ ・ -)	アレルギー	なし・あり ()
緊急 連絡先	フリガナ	続柄	電話番号
			() -
かかりつけ 医療機関			
治療中の 病気			
服用中の薬			

病気のときは

※☒を入れてください



書きやすいところから
書いてみましょう！

●告知について

☐ 病名・余命を告知してほしい

☐ 病名のみ告知してほしい

☐ 家族などに任せる

☐ その他

●延命治療について

☐ 可能な限り延命治療を受けたい

☐ 苦痛を少なくすることを重視する

☐ 回復の見込みがなければ延命治療を希望しない

☐ その他

●終末期医療について

☐ 自宅で過ごしたい

☐ 病院で看護を受けたい

☐ ホスピスで過ごしたい

☐ その他