

もしもシート

年 月 日の「いまの自分」のきもち

様

もしも

自分のからだに
大変な病気がある
とわかったときは...

本当のことを
言ってほしい




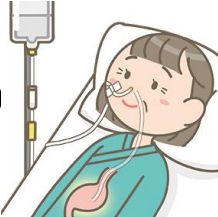
本当のことは
言わないで
ほしい


もしも

からだの具合が
わるくなったら
治療を...

してほしい

なにもして
ほしくない

1 痛み止め (医療用麻薬) 	してほしい			
	してほしくない			
	話し合っ て決 めたい			
2 酸素 	してほしい			
	してほしくない			
	話し合っ て決 めたい			
3 点滴 水分/栄養 	水分		栄養	
	ほしい		ほしい	
	してほしくない		してほしくない	
	話し合っ て決 めたい		話し合っ て決 めたい	
	ほしい			
	してほしくない			
4 経管栄養 (経鼻胃管) 	ほしい			
	してほしくない			
	話し合っ て決 めたい			

5 経管栄養 (胃ろう) 	ほしい	
	してほしくない	
	話し合っ て決 めたい	
6 心臓 マッサージ 	ほしい	
	してほしくない	
	話し合っ て決 めたい	
7 人工呼吸器 	ほしい	
	してほしくない	
	話し合っ て決 めたい	
8 救急搬送 (病院へいく) 	ほしい	
	してほしくない	
	話し合っ て決 めたい	

もしもシート

年 月 日の「いまの家族」のきもち

様

家族のお名前



これまでにご本人の気持ちを確認したことはありますか？

ある

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ない



今よりさらにご本人の体の具合が悪くなったら...

本当のことを言おうと思う

<input type="checkbox"/>

本当のことを言うつもりはない

<input type="checkbox"/>

1 痛み止め (医療用麻薬)		してほしい	<input type="checkbox"/>
		してほしくない	<input type="checkbox"/>
		話し合って決めたい	<input type="checkbox"/>
2 酸素		してほしい	<input type="checkbox"/>
		してほしくない	<input type="checkbox"/>
		話し合って決めたい	<input type="checkbox"/>
3 点滴 水分/栄養		水分	栄養
		してほしい	してほしい
		してほしくない	してほしくない
		話し合って決めたい	話し合って決めたい
		ほしい	<input type="checkbox"/>
		してほしくない	<input type="checkbox"/>
話し合って決めたい	<input type="checkbox"/>		
4 経管栄養 (経鼻胃管)		してほしい	<input type="checkbox"/>
		してほしくない	<input type="checkbox"/>
		話し合って決めたい	<input type="checkbox"/>

5 経管栄養 (胃ろう)		してほしい	<input type="checkbox"/>
		してほしくない	<input type="checkbox"/>
		話し合って決めたい	<input type="checkbox"/>
6 心臓 マッサージ		してほしい	<input type="checkbox"/>
		してほしくない	<input type="checkbox"/>
		話し合って決めたい	<input type="checkbox"/>
7 人工呼吸器		してほしい	<input type="checkbox"/>
		してほしくない	<input type="checkbox"/>
		話し合って決めたい	<input type="checkbox"/>
8 救急搬送 (病院へいく)		してほしい	<input type="checkbox"/>
		してほしくない	<input type="checkbox"/>
		話し合って決めたい	<input type="checkbox"/>