



## ご記入にあたって

- 実際の治療内容などは、その時々で何が適切かは変わるため、医師と相談しながら決まっていきます。
- 年に一回など、定期的に見返して、自分の考えに変化が無いか確認することをお勧めします。
- ここに記載した内容は、いつでも変更可能です。
- このシートをどこに置いてあるかについても、家族やかかりつけ医と共有しておいてください。緊急医療情報キットの封筒の中に入れておくことも有効です。
- 緊急医療情報キットと裏面の「私の希望」が同じかどうかチェックして、違う場合は現在の気持ちに合う方に揃えてください。
- 自分では考えきれないという場合には、家族の判断に任せると書いておくことも可能です。

---

表面のシートに記載したことが、あなたの意思表示となります。実際の状況により、必ずしもあなたの意思表示のとおりになるとは限りませんが、家族や医師があなたの意思を知り、行うべき処置の判断材料として生かされることとなります。そのため、自分の希望をよく考えた上で、家族や主治医、自分を支えてくれる周りの人たちに話しておくことが大切です。

### このシートについての問い合わせ先：

武蔵野市健康福祉部地域支援課（武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会事務局）

住所：〒180-8777 武蔵野市緑町 2-2-28 TEL：0422-60-1941 FAX：0422-51-9218

e-mail：SEC-CHIKI@city.musashino.lg.jp