

5. あとどれくらい生きられるかといったことを
知りたい 知りたくない

6. 延命治療について

※詳しくは「19-2 もしもの時のために（延命治療）本人・家族用」を参照ください

延命治療をして欲しい 延命治療はやめて欲しい
回復の可能性があれば延命治療をして欲しい

7. わたしが頼りにする人

もし、ご自分で判断ができない状態になった時、あなたのことについて
どなたに相談すればよろしいですか？

氏名： _____（続柄 _____）

TEL： _____

住所： _____

<わたしの人生が終了したら>

1. お葬式は

葬儀場でしたい 自宅でしたい
その他（ _____ ）

2. 柩（ひつぎ）と一緒に入れてほしいものがある

はい いいえ

※入れてほしい物（入れてはいけない物もありますので、確認しましょう）

[_____]

3. 臓器の提供を希望されますか？（脳死となった場合）

希望します 希望しません
家族に任せます

4. 献体（医学の発展のため、大学での教育のために提供すること）

希望します 希望しません

※生前に、医科大学等での登録が必要です

