

わたしの希望カード

名前

生年月日 年 月 日

☎ (自宅・携帯)

☎ (自宅・携帯)

住所

かかりつけ医

病院名 ☎

治療中の病気

アレルギー等

人生の最終段階の医療について

延命治療を ☐希望する ☐希望しない
痛みや苦痛緩和を☐希望する☐希望しない
療養場所 最後はどこで過ごしたいですか
☐自宅 ☐施設 ☐病院 ☐家族等まかせる
-自由に書いてみましょう-

緊急連絡先

①氏名：

電話：

住所：

②氏名：

電話：

住所：