

ACPシート

更新日

年 月 日

生きていくうえで大切にしたいこと

●今後生きていくうえで大切にしたいことを考えてみましょう。

☐好きなことができること

☐身の回りのことが自分でできること

☐家族や大切な人との時間

☐仕事や社会的な役割が続けられること

☐家族の負担にならないこと

☐痛みや苦しみがないこと

☐その他（ ）

判断能力が低下したときの希望

☐自分で意思決定や意思表示ができなくなった場合は、今後のことについて下記の人から意見を聞いてほしい

|    |  |    |  |     |  |
|----|--|----|--|-----|--|
| 氏名 |  | 続柄 |  | 連絡先 |  |
| 氏名 |  | 続柄 |  | 連絡先 |  |
| 氏名 |  | 続柄 |  | 連絡先 |  |
| 氏名 |  | 続柄 |  | 連絡先 |  |

☐任意後見契約をしている

（受任者：電話番号：関係：）

☐社会福祉協議会の福祉サービス利用援助事業を（利用している・利用したい）

☐成年後見制度を利用したい

介護や医療が必要になったときの希望

●介護が必要になったときの希望

☐なるべく自宅で過ごしたい

☐施設や病院に入所・入院したい

☐家族・親族などの判断にまかせたい

☐その他（ ）

●介護してくれる人に伝えたいこと

●終末期に過ごしたい場所

☐自宅☐施設☐病院☐その他（ ）

※ACPシートは法的効力を持つものではありません。

港区

ACPシート

更新日

年 月 日

私のリビング・ウィル（事前指示書）

私は、病気や事故などにより、意思表示や決定ができず、判断能力などの回復が見込めない状態となった場合、延命処置について以下のとおりの内容を希望します。

☐できる限りの延命処置を希望する

☐以下の選択した延命処置を希望する

●口から食事が出来ないとき

・末梢静脈からの点滴（水分補給が中心）

☐希望する☐希望しない

・中心静脈栄養（カテーテルからの高カロリー輸液）

☐希望する☐希望しない

・経鼻胃管による栄養補給

☐希望する☐希望しない

・胃ろうによる栄養補給

☐希望する☐希望しない

●心臓が止まったとき

・心臓マッサージ（胸部圧迫）

☐希望する☐希望しない

・AED（電気ショック）の使用

☐希望する☐希望しない

●呼吸が止まったとき

・マスク／バッグを使った手動による呼吸補助

☐希望する☐希望しない

・気管挿管や気管切開をした人工呼吸器の使用

☐希望する☐希望しない

☐延命処置は希望しない

☐痛みや苦痛はできるだけ抑えてほしい

☐ある程度痛みがあっても、できるだけ自然な状態で過ごしたい

●その他の希望

記入日

年 月 日（ ）

本人署名

同席者署名（親族など）（続柄）

※定期的に内容を見直す場合には、あらかじめコピーをして使用してください。

※記入と署名が済んだ「リビング・ウィル」を含む ACP シートはコピーして、家族や親族、かかりつけ医などに渡して共有したり、もしもに備え救急医療情報キットに入れておきましょう。

※同席者はリビング・ウィル記載時に同席した方です。同席者がいる場合にのみ記入してください。

港区