

介護に関する希望

記入年月日： 年 月 日

介 護	<input type="checkbox"/> 家族でみてほしい <input type="checkbox"/> 施設を利用したい <input type="checkbox"/> 介護費用は用意しています 具体的に <input type="checkbox"/> その他
判断能力 低下時の 財産管理	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 任意後見人を決めています 氏名 連絡先(電話)
告 知	<input type="checkbox"/> 病名・余命ともに告知して下さい <input type="checkbox"/> 病名・余命ともに告知しないでください <input type="checkbox"/> 病名だけ告知して下さい <input type="checkbox"/> その他
延命治療	<input type="checkbox"/> 延命治療を希望します <input type="checkbox"/> 尊厳死を望みます <input type="checkbox"/> 家族で決めて下さい <input type="checkbox"/> その他
臓器提供	<input type="checkbox"/> 臓器提供してください <input type="checkbox"/> 臓器提供しないでください <input type="checkbox"/> 家族で決めて下さい <input type="checkbox"/> その他

その他、介護について伝えておきたいこと

.....

.....

.....

.....

.....