

## 安曇野市リビングウィル(事前指示書)

作成日 年 月 日 本人署名 (自署)

(本人が書くことができない場合は、代筆者がご記入ください)

あらかじめ意思を示しておくことで、自分の希望しない延命処置を、家族や周囲の人に知ってもらうことができます。記入するときは、ご家族や親しい人とよく話し合って、書面の存在を共有しておきましょう。

この書面の内容は、もしものときの参考になります。その時の周囲の状況や、ご自分の病気等によっても考えは変わります。お気持ちが変わった時には、リビングウィルを見直し、書きなおしましょう。

## 1. 不治の病もしくは終末期(病的に末期のとき)に希望すること

- (1) 心臓マッサージその他の延命のための処置  希望しない  希望する  わからない  
(2) その他(人生の最期のときまで大切にしたいことなどを自由にご記入ください)

## 2. 意思確認者署名欄

- ① 家族 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 緊急時 TEL \_\_\_\_\_  
② 家族 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 緊急時 TEL \_\_\_\_\_  
③ その他 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 同居人・成年後見人・知人・( ) \_\_\_\_\_  
緊急時 TEL \_\_\_\_\_

※3~4は作成日において不在の場合は、すべてを埋める必要はありません。

## 3. 医療・介護関係者

- 事業所名 \_\_\_\_\_ 業種 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
事業所名 \_\_\_\_\_ 業種 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

## 4. かかりつけ医

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

## 【本人、意思確認者へのお願い】

かかりつけ医のいる方は、記載した内容を医療・介護関係者と確認してください。

原本は、わかりやすいところへ保管してください。

## 【医療・介護関係者、かかりつけ医へのお願い】

本人・意思確認者と内容を確認し、必要に応じて、この用紙のコピーを取って保管をお願いします。

自分の命が不治の病か終末期(病的に末期のとき)であれば、医療従事者の負う法的責任に反しない範囲で、この書面の内容は最優先されます。

( 安曇野市医師会・安曇野市作成 初版:令和8年1月発行 )

もしものときのために、この用紙は見やすいところに置いておきましょう。