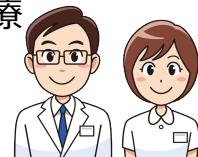


〈ACP意思確認用紙〉記入日 西暦 年 月 日 患者氏名 ( )

部署名・面談者	<input type="checkbox"/> GICU <input type="checkbox"/> EICU <input type="checkbox"/> SCU <input type="checkbox"/> 3B <input type="checkbox"/> 3C <input type="checkbox"/> 3D <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 4C <input type="checkbox"/> 4D <input type="checkbox"/> 5A <input type="checkbox"/> 5B <input type="checkbox"/> 5C <input type="checkbox"/> 外来 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) 面談者氏名 ( )
ACP意思確認用紙を記入した時期	<input type="checkbox"/> 外来時 <input type="checkbox"/> 抗癌剤治療終了時 <input type="checkbox"/> 放射線治療終了時 <input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 手術終了時 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<p>①ACP意思確認用紙について、あなたは誰と話し合って記入しましたか (複数回答可)</p> <p>※ 家族のみで話し合った場合、下記の質問事項は<u>患者本人</u>の普段の言葉や会話を思い出しながら可能な範囲で記入してください</p>	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 誰と(続柄) : ( ) <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> 誰と(続柄) : ( ) <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 誰と: ( ) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 誰と: ( )
②病名は主治医から聞いていますか	<input type="checkbox"/> 聞いている(病名: ) <input type="checkbox"/> 聞いているけどよくわからない <input type="checkbox"/> 聞いていない
	③あなたは病気による身体機能の変化(フレイル)や寿命について主治医からどのように説明をうけていますか
④あなたにとって食べることの意味や価値を教えてください	
	⑤もしも病状が悪くなったときの治療についてどう思われていますか



<p>⑥最期をどこで過ごしたいと考えていますか (複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/> 自宅      <input type="checkbox"/> 病院      <input type="checkbox"/> ホスピス・緩和病棟  <input type="checkbox"/> 施設      <input type="checkbox"/> その他 ( )  <input type="checkbox"/> 考えていない・わからない</p>
<p>⑦生活で支えてくれる人は誰ですか</p>	<p><input type="checkbox"/> 家族 (名前： ) (続柄： )  <input type="checkbox"/> 友人 (名前： )  <input type="checkbox"/> いない  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p>⑧もしも病状が悪くなつて自分で意思表示ができなくなつた時、あなたの考えを理解してあなたの代わりに意思表示をしてくれる人は誰ですか</p>	<p><input type="checkbox"/> 家族 (名前： ) (続柄： )  <input type="checkbox"/> 友人 (名前： )  <input type="checkbox"/> いない  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p>⑨その人にあなたの考えを話したことはありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> ある (内容： )  <input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑩ご自身が大切にしていることはありますか (複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/> 家族      <input type="checkbox"/> ペット      <input type="checkbox"/> お金      <input type="checkbox"/> 仕事  <input type="checkbox"/> 趣味      <input type="checkbox"/> 食事      <input type="checkbox"/> 美容・おしゃれ  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p>⑪地域の医療機関への情報提供に同意しますか</p>	<p><input type="checkbox"/> 同意する  <input type="checkbox"/> 同意しない          同意する場合、以下へご記入ください            年              月              日            患者氏名 (自署) :            ※代理人氏名 (自署) : (続柄： )            ※本人の同意能力に問題がある場合や、署名が不可能な場合は          代理人署名をお願いします</p>

将来に受ける治療やケアについて、  
 あなたの思いや希望はゆらぎ変わるものです。  
 あなたの思いや希望の変化に応じて  
 まわりの大切な人や医療スタッフと  
 繰り返し話し合うことが大切です。

