



心づもり

お名前： _____

日付：

年

月

日

1. 大切にしていること
2. 自分の生き方（心情）
3. 病気になったときに望む医療やケア、望まない医療やケア
4. 自分で意思表示ができないときに望む治療
5. 自分の代わりに判断してほしい人
6. これだけは嫌なこと
7. 最期まで暮らしていきたい場所