

令和 年 月 日

氏名 _____ 印 _____

介護など

<p>介護</p>	<p><input type="checkbox"/>家族でみてほしい <input type="checkbox"/>施設を利用してほしい</p> <p><input type="checkbox"/>介護費用は用意しています</p> <p>具体的に</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>
<p>判断能力低下時の 財産管理</p>	<p><input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>子ども <input type="checkbox"/>その他</p> <p><input type="checkbox"/>任意後見人を決めています</p> <p>名 前</p> <p>連絡先</p>
<p>延命治療 (一般的な病気)</p>	<p><input type="checkbox"/>延命治療を希望します <input type="checkbox"/>尊厳死を望みます</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>
<p>コロナに感染したら</p>	<p><input type="checkbox"/>重症化したら、人工呼吸器をつけてください</p> <p><input type="checkbox"/>重症化しても人工呼吸器をつけないでください(高齢などの理由)</p> <p><input type="checkbox"/>..... の判断に任せます(子どもの名前など)</p> <p><input type="checkbox"/>さらに重症化したら、ECMO(人工心肺装置)をつけてください</p> <p><input type="checkbox"/>命の選択が行われた場合、助かる可能性の高い人に譲ります</p>
<p>臓器提供</p>	<p><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</p> <p><input type="checkbox"/>家族が決めてください</p>
<p>献 体</p>	<p><input type="checkbox"/>献体登録しています <input type="checkbox"/>献体登録していません</p> <p>連絡先.....</p>
<p>献 眼</p>	<p><input type="checkbox"/>献眼登録しています <input type="checkbox"/>献眼登録していません</p> <p>連絡先</p>