

緊急連絡先

※ 病院等から連絡をさせて
いただく場合があります。

①氏名 (関係) _____
TEL _____

②氏名 (関係) _____
TEL _____



市の花「さつき」

※さつきは、1本の樹に様々な色や模様の花を咲かせます。
鹿沼市では多様性のシンボルとしてさつきをイメージしています。

鹿沼市市民部人権推進課 ☎0289-63-8351



鹿沼市パートナーシップ宣誓制度

医療の意思表示カード

このカードは、パートナーシップ宣誓者が治療や看取り
など、自分の意思を医療者に示すことができます。

- パートナーや家族と相談しながら作成ください。
- 状況に応じて修正することができます。
- 法的効力はありません。法的効力を求める場合は、
遺言書の作成が必要です。



緊急連絡先

※ 病院等から連絡をさせて
いただく場合があります。

①氏名 (関係) _____
TEL _____

②氏名 (関係) _____
TEL _____



市の花「さつき」

※さつきは、1本の樹に様々な色や模様の花を咲かせます。
鹿沼市では多様性のシンボルとしてさつきをイメージしています。

鹿沼市市民部人権推進課 ☎0289-63-8351



鹿沼市パートナーシップ宣誓制度

医療の意思表示カード

このカードは、パートナーシップ宣誓者が治療や看取り
など、自分の意思を医療者に示すことができます。

- パートナーや家族と相談しながら作成ください。
- 状況に応じて修正することができます。
- 法的効力はありません。法的効力を求める場合は、
遺言書の作成が必要です。



緊急連絡先

※ 病院等から連絡をさせて
いただく場合があります。

①氏名 (関係) _____
TEL _____

②氏名 (関係) _____
TEL _____



市の花「さつき」

※さつきは、1本の樹に様々な色や模様の花を咲かせます。
鹿沼市では多様性のシンボルとしてさつきをイメージしています。

鹿沼市市民部人権推進課 ☎0289-63-8351



鹿沼市パートナーシップ宣誓制度

医療の意思表示カード

このカードは、パートナーシップ宣誓者が治療や看取り
など、自分の意思を医療者に示すことができます。

- パートナーや家族と相談しながら作成ください。
- 状況に応じて修正することができます。
- 法的効力はありません。法的効力を求める場合は、
遺言書の作成が必要です。



緊急連絡先

※ 病院等から連絡をさせて
いただく場合があります。

①氏名 (関係) _____
TEL _____

②氏名 (関係) _____
TEL _____



市の花「さつき」

※さつきは、1本の樹に様々な色や模様の花を咲かせます。
鹿沼市では多様性のシンボルとしてさつきをイメージしています。

鹿沼市市民部人権推進課 ☎0289-63-8351



鹿沼市パートナーシップ宣誓制度

医療の意思表示カード

このカードは、パートナーシップ宣誓者が治療や看取り
など、自分の意思を医療者に示すことができます。

- パートナーや家族と相談しながら作成ください。
- 状況に応じて修正することができます。
- 法的効力はありません。法的効力を求める場合は、
遺言書の作成が必要です。



緊急連絡先

※ 病院等から連絡をさせて
いただく場合があります。

①氏名 (関係) _____
TEL _____

②氏名 (関係) _____
TEL _____



市の花「さつき」

※さつきは、1本の樹に様々な色や模様の花を咲かせます。
鹿沼市では多様性のシンボルとしてさつきをイメージしています。

鹿沼市市民部人権推進課 ☎0289-63-8351



鹿沼市パートナーシップ宣誓制度

医療の意思表示カード

このカードは、パートナーシップ宣誓者が治療や看取り
など、自分の意思を医療者に示すことができます。

- パートナーや家族と相談しながら作成ください。
- 状況に応じて修正することができます。
- 法的効力はありません。法的効力を求める場合は、
遺言書の作成が必要です。



1 わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
を医療の代理判断者として指定します。

2 委任事項 (A・Bのいずれかを○で囲みCの該当を選択する)
A わたしは、チェックした項目の医療行為を希望します。
その他確認が必要な事項は医療の代理判断者によります。

●延命治療の意向について

- すべての延命治療を実施してください
- 延命治療を実施しないでください
- 苦痛緩和を最優先としてください
- 医師と協議のうえ決定します

1 わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
を医療の代理判断者として指定します。

2 委任事項 (A・Bのいずれかを○で囲みCの該当を選択する)
A わたしは、チェックした項目の医療行為を希望します。
その他確認が必要な事項は医療の代理判断者によります。

●延命治療の意向について

- すべての延命治療を実施してください
- 延命治療を実施しないでください
- 苦痛緩和を最優先としてください
- 医師と協議のうえ決定します

1 わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
を医療の代理判断者として指定します。

2 委任事項 (A・Bのいずれかを○で囲みCの該当を選択する)
A わたしは、チェックした項目の医療行為を希望します。
その他確認が必要な事項は医療の代理判断者によります。

●延命治療の意向について

- すべての延命治療を実施してください
- 延命治療を実施しないでください
- 苦痛緩和を最優先としてください
- 医師と協議のうえ決定します

1 わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
を医療の代理判断者として指定します。

2 委任事項 (A・Bのいずれかを○で囲みCの該当を選択する)
A わたしは、チェックした項目の医療行為を希望します。
その他確認が必要な事項は医療の代理判断者によります。

●延命治療の意向について

- すべての延命治療を実施してください
- 延命治療を実施しないでください
- 苦痛緩和を最優先としてください
- 医師と協議のうえ決定します

1 わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
を医療の代理判断者として指定します。

2 委任事項 (A・Bのいずれかを○で囲みCの該当を選択する)
A わたしは、チェックした項目の医療行為を希望します。
その他確認が必要な事項は医療の代理判断者によります。

●延命治療の意向について

- すべての延命治療を実施してください
- 延命治療を実施しないでください
- 苦痛緩和を最優先としてください
- 医師と協議のうえ決定します

B わたしは、自己の医療に係るすべてを医療の代理判断者に一任します。

C わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
の看取りを希望します。(TEL _____)
終末期の療養は、自宅・病院・施設・その他
(_____)を希望します。

署名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

B わたしは、自己の医療に係るすべてを医療の代理判断者に一任します。

C わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
の看取りを希望します。(TEL _____)
終末期の療養は、自宅・病院・施設・その他
(_____)を希望します。

署名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

B わたしは、自己の医療に係るすべてを医療の代理判断者に一任します。

C わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
の看取りを希望します。(TEL _____)
終末期の療養は、自宅・病院・施設・その他
(_____)を希望します。

署名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

B わたしは、自己の医療に係るすべてを医療の代理判断者に一任します。

C わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
の看取りを希望します。(TEL _____)
終末期の療養は、自宅・病院・施設・その他
(_____)を希望します。

署名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

B わたしは、自己の医療に係るすべてを医療の代理判断者に一任します。

C わたしは、(氏名) _____ (関係: _____)
の看取りを希望します。(TEL _____)
終末期の療養は、自宅・病院・施設・その他
(_____)を希望します。

署名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日