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　鹿沼太郎（関係　ﾊﾟｰﾄﾅｰ）
TEL　000-000-0000

②氏名　今宮　三郎（関係　父）
TEL　000-000-0000

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）　鹿沼太郎　（関係：　ﾊﾟｰﾄﾅｰ）
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）

Ⓐ わたしは、次の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）　鹿沼太郎　（関係：　ﾊﾟｰﾄﾅｰ　）
の看取りを希望します。　（ TEL　000-0000-0000 ）
終末期の療養は、　自宅　・　病院　・　施設　・　その他
（　　）を希望します。

署　名　今宮　武

日　付　令和００年００月００日