

本人・家族の意向

※このページは本人、ご家族が記入します。

在宅療養を送るにあたり、今後の意向・希望等を示します。(任意)

| |
|---|
| ご本人の意向 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| |

| |
|---|
| ご家族の意向 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| |