


自分の価値観シート③

治療を決める時のお気持ちはどれに近いですか？

<input type="radio"/>	情報を十分得て自分で決めたい
<input type="radio"/>	医療者や家族と相談しながら決めたい
<input type="radio"/>	医師や家族など誰かに決めてもらいたい

当てはまるものに丸をつけましょう。



治療を受ける上で大切にしたいことは何でしょうか？

当てはまるものに を付け、優先順位を記入しましょう。

チェック	優先順位
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 家族やパートナーとの時間
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 友人との時間
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 仕事を続けられる
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 趣味を続けられる
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 妊よう性(妊娠するための力)を保てる
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見た目が変わらない・外見に影響を与える副作用に対応できる
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経済的に困らない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 家族の負担にならない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 身の回りのことを自分でできる
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 新しい治療を積極的に受けたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できるだけ入院はしないで治療がしたい
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少ない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 好きなものを食べられる
その他	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

避けたいこと、したくないこと
