

【医療提供に関する意思確認状況】

最終確認日： 年 月 日 時点

話し合い出席者 職員： 家族： その他：

○医療機関における処置

延命治療(※回復の見込みがない患者に対して生命を一定期間維持することだけを目的とした医療行為)は希望しますか。

- 受けたい
- 苦痛を少なくすることを重視してほしい
- 受けたくない
- その他()

・上記の希望は誰のものですか。(複数選択可)

- 本人
- 家族 (続柄:)
- その他 ()

【自由記載】(治療に対する価値観や理想の亡くなり方等..)

(本人)

(家族)

別紙人生会議シート添付あり。

・上記の希望について、情報共有している医師

- 医療機関名 ○電話番号
- 医師名
- 医師への情報共有日

【自由記載欄】