

終末期医療に関する意思確認書

1. 急変時に人工呼吸・心臓マッサージなどの延命治療を希望しますか

- 延命治療は何もせず、自然のままを希望する
- 最大限の医療的処置・治療を受け、長く生きることの優先を希望する
- 苦痛を軽減するための治療や負担のない治療を希望する
※必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする
- 分からない・決められない

2. 水分・栄養補給の方法について、口から食べることが困難になった場合、どのような対応を希望しますか

- 食べられなくなったら何もせず、自然のままを希望する
- 原因を精査するための検査を希望する
- 胃腸的処置（胃ろう・腸ろうの造設）を行い、水分や栄養補給を希望する
- 施設において苦痛を軽減するための治療や負担のない治療を希望する

└─→ ここをチェックした場合、希望する栄養補給の方法に○をつけてください

- ・ 経鼻経管栄養（鼻腔から胃に細いチューブを挿入・留置して栄養補給）
- 末梢点滴（手足の血管からの点滴）
- ・ 高カロリー輸液
- ・ 皮下輸液

- 分からない・決められない

3. 入院をした場合、どのような対応を望みますか

- できる限りの治療をして欲しい
- 痛みや苦しみをできるだけ抑える対症療法で最後まで治療してほしい
- 分からない・決められない

4. 救急受診をした場合、医療機関に意思確認書の情報提供について同意しますか

- 同意する
- 同意しない

情報提供の必要性を説明し、できるだけ同意を得る

上記のとおり希望します。

平成 31年 1月 日

説明者 〇〇施設 〇〇 〇〇

本人氏名 △△ △△

代理人氏名 □□ □□ (続柄 妻)

本人もしくは代理人に
署名をもらう

本人の意思確認が困難な場合、代理人が本人に代わり上記のとおり希望します。

※この内容は現時点での意思の確認であり、状態の変化等に応じ、いつでも見直しや変更ができます。

その都度、話し合いの機会を持たせていただきますので、遠慮なくご相談ください。