

様

意思確認書

「意思確認書」は、自分の意思を伝えられなくなった時に受ける治療行為について、ご本人（または代理者：患者様の意思を推定可能なご家族等）にあらかじめ希望を文書化しておいていただくものです。

そして、もしも実際にそのような状態になられた場合に、本人または代理者の要望を尊重し、人権と生命の尊厳に配慮した医療行為を行なうためのものです。予定入院の方は入院時に、緊急で入院された方は、入院から1週間に、ご入院されている病棟へご提出をお願い致します。

①痛みや苦痛について

- できるだけやわらげてほしい（必要なら鎮静剤を使ってもよい）
できるだけ自然のままがいい

②人生の最終段階を迎える場所について

- 病院
自宅
施設
その他（ ）

③人生の最終段階を迎えた場合に、以下の医療行為について『希望する』もしくは『希望しない』のいずれかにチェック（✓）をしてください。

人生の最終段階における医療行為 ※決められない項目は空欄にしておいてください		希望する	希望しない
①	心臓マッサージなどの心肺蘇生		
②	延命のための人工呼吸器		
③	胃ろうによる栄養補給		
④	鼻チューブによる栄養補給		
⑤	点滴による水分補給		
⑥	その他(具体的にお書きください) ()		

④ご自分で希望する医療が判断できなくなった時、主治医が相談すべき人（代理決定者）はどなたですか。

代理決定者氏名（ ） 続柄（ ）
代理決定者電話番号（ ）

作成日 年 月 日

患者様または代理人（続柄 ） ご署名 _____

※この『意思確認書』はいつでも変更ができます。

変更ご希望の方は、病棟師長にお申し出ください。