

最期まで自分らしく生きるために 「もしもの時」の治療行為に関する私の希望

もしも自分が回復の見込みがない状態になり、意思を伝えられなくなった時のために、この書類に「もしもの時の治療行為に関する希望」について示しておくことで、自分の意思を尊重し、尊厳を守った医療を受けることができます。

万が一の時に備えて、ぜひあなたの思いや希望についてご家族や代理人の方とよく話し合ってください。担当の医師や看護師へご提示ください。

ここに示した内容は、後からいつでも変更できます。変更してもあなたやご家族、代理人の方に不利益はありません。医療チームは、常にあなたの意思を尊重して最良の治療を行います。

◆記入の前に

リビングウィル等、患者さんご本人の生前の意思を示したものをお持ちでしたら、ぜひ担当の医師や看護師へご提示ください。

◆ここに記入できる方

医師から病状と治療方針について十分な説明を受け、今後、患者さんの身体に起こり得ることについて理解した患者さんご本人、または患者さんの意思を代弁できるご家族や代理人の方がお示しください。

◆回復の見込みがない状態になり、意思を伝えられなくなった時の治療行為について確認いたします。

- | | | | |
|-------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ① 心臓マッサージなどの心肺蘇生法 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ② 気管挿管 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ③ 人工呼吸器の装着 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ④ 気管切開 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ⑤ 昇圧剤の使用 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ⑥ 抗生物質の積極的な使用 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ⑦ 輸血・血液製剤の使用 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ⑧ 鼻チューブによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ⑨ 中心静脈による栄養補給 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ⑩ 胃ろうによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| ⑪ 人工透析の実施 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない | <input type="checkbox"/> 判断できない |

◆最期を過ごしたい場所はどこですか？ 自宅 病院 施設 他（ ）



⇐上記①～⑪の治療行為について解説をご覧ください。
スマートフォンのカメラ機能を使って開いてください。

記入年月日	西暦	年	月	日
病状・治療方針の理解	月	日	医師より説明を受け理解しました。	
患者氏名				
代理人氏名（続柄）	（続柄）			
立ち会った家族・親族等の氏名（続柄）	（続柄）	（続柄）	（続柄）	（続柄）
	（続柄）	（続柄）	（続柄）	（続柄）