

## 人生の最終段階にある患者の心肺蘇生に関する 本人（または意思決定代理人）意思表示と医師指示書

### 「本人（または意思決定代理人\*）意思表示」記入欄

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生を受けない」という意思を表明しました。心肺蘇生を受けなければ生命維持できないことを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医と十分に話し合い、ここに同意いたします。

また、これらの指示は、私の意思でいつでも撤回できることを理解しています。

本人(または意思決定代理人)署名： \_\_\_\_\_

署名年月日： 西暦20 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

本人に代わり代筆した場合、代筆者の氏名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

意思決定代理人署名の場合

本人との関係 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

※ 意思決定代理人とは患者本人に意思決定能力がない場合に、本人に代わって、説明及び同意の手続きをする医療者の相手方となる者である。よって、本人の推定意思を尊重し、最善の利益を図りうる者でなくてはならない。

### 「医師指示書」記入欄

当該本人が心肺停止となった場合、本人(または意思決定代理人)の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生を受けない」という表明を尊重し、心肺蘇生をしないでください。

この指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、本人(または意思決定代理人)と多専門職の医療従事者間において十分な話し合いをおこなったうえで意思決定についての合意が形成されています。

本人氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

病状の概要： \_\_\_\_\_

医師署名： \_\_\_\_\_

署名年月日： 西暦 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関の名称： \_\_\_\_\_

医療機関の所在地： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： 第1： \_\_\_\_\_

第2： \_\_\_\_\_

(注：医師は必ず連絡が取れる番号を記入してください)