

終末期医療に関する事前指示書

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

あなたの氏名： _____

あなたとの関係

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 代筆者： _____ (_____)

あなたの連絡先： 住所 〒 _____

自宅電話 _____ 携帯電話 _____

終末期とは「生命維持処置を行わなければ、比較的短期間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態」のことです

- この文書は、あなたご自身で意思の決定や表明が困難となった際に、あなたが決定し、表明した意思として、診療方針などを検討する際に尊重されます。ただし、この文書に法的拘束力はありません。
- あなたが終末期になった時に受けたい、又は、受けたくない医療について、医師やご家族、親しい人と相談し、あなたご自身が記載してください。もちろん、わからないことや決められないことは記載しなくても構いません。
- 記載内容は、いつでも修正・撤回できます。定期的に見直しても良いでしょう。なお、記載内容を変更した時は、変更前後の内容と変更した日付がわかるようにしておきましょう。ご希望なら、文書全体を書き直しても構いません。その場合は、古い文書は破棄するか取り消したことがわかるようにしてください。
- あなたがこの文書に記載したこと、又は、記載しなかったことによって、あなたが不利益を被ることはありませんので、安心してお気持ちのままに記載してください。
- この文書の存在を、医師やご家族、親しい人と共有しておくようにしましょう。

1. 基本的な希望（希望の選択肢にチェック☑してください）

(ア) 終末期医療の希望

希望する

希望しない

（希望しないにチェック☑をした場合も必ず、以下の項目をご確認ください）

(イ) どこで終末期を迎えたいですか？

病院

自宅

施設

病状に応じて決めたい

その他（ _____ ）

(ウ) その他（希望することがあればご自由にお書きください）

***** わからないことや決められないことは記載しなくても構いません *****

2. 希望する終末期医療の内容（希望の選択肢にチェック☑してください）

(ア) 心臓マッサージなどの心肺蘇生術

希望する 希望しない その他 ()

(イ) 延命のための人工呼吸器

希望する 希望しない その他 ()

(ウ) 胃ろうによる栄養補給

希望する 希望しない その他 ()

(エ) 鼻チューブによる栄養補給

希望する 希望しない その他 ()

(オ) 中心静脈への点滴による栄養補給

希望する 希望しない その他 ()

(カ) 手足の静脈への点滴による水分補給

希望する 希望しない その他 ()

(キ) 皮下への点滴による水分補給

希望する 希望しない その他 ()

(ク) 抗生物質の強力な使用

希望する 希望しない その他 ()

(ケ) 輸血

希望する 希望しない その他 ()

(コ) 人工透析

希望する 希望しない その他 ()

(サ) 痛みや苦痛について

できるだけ抑えてほしい

自然のままでもいい

その他 ()

(シ) その他（希望することがあればご自由にお書きください）

3. あなたが希望する医療について判断できなくなった時、医師が相談すべき人の氏名、あなたとの関係、連絡先（電話番号など）をお知らせください。複数名でも構いません。（複数名の場合は、裏面にご記入ください）

〔氏 名〕	〔あなたとの関係〕
〔連絡先〕 住 所 〒	
自宅電話	携帯電話