

院長 殿

過剰な延命治療・蘇生術の拒否の申出

私_____は、私の病気が不治であり、かつ、死が迫っている場合に備えて、私の知人及び、私の医療に携わる方々に、自らの死の在り方について、次の通り希望を申し述べます。

私の病気が、一般的に認められている医学的知見によって現代の医学では不治の状態であり、死期が迫っており、延命処置を行うと否とにかかわらず死に至り、そのような延命処置の実行は、単に死の過程を人工的に引き延ばすだけであること診断された場合には、苦痛を伴う手術や延命のみを目的とする処置は行わないで、苦痛を和らげる措置を執って、人間としての尊厳を保った安らかに死を迎えることができるように御配慮下さい。

◇拒否する過剰な延命治療は、

(該当する項目の()に○印)

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. () 経管栄養 | 2. () 点滴 |
| 3. () 中心静脈栄養 | 4. () 昇圧剤や強心剤の投与 |
| 5. () 輸血 | 6. () 喀痰吸引 |
| 7. () 酸素吸入 | 8. () 気管切開 |
| 9. () 人工呼吸器 | 10. () 抗癌剤の投与 |
| 11. () 人工透析 | |
| その他 () | |

◇拒否する蘇生術は、

(該当する項目の()に○印)

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. () 気道確保 | 2. () 心臓マッサージ |
| その他 () | |

平成 年 月 日

患者住所_____

患者氏名_____ 印

家族代表者氏名_____ 印

(患者との続柄_____)

確認者氏名 _____ 印 _____ 印

_____ 印 _____ 印

※申出は、複数の関係者(医師・看護師・事務長等)や第三者(セカンドオピニオンを行った医師・ケアマネージャー等)の立会の下に行うことが望まれます。

※確認者は、前述の立会者のほか、識者を含む場合なども想定されます。

※過剰な延命治療・蘇生術の拒否の申出は、病状の経過に合わせ、適宜確認するようにします。

私 _____ は、私の病気が不治であり、かつ、死が迫っている場合に備えて、私の知人及び、私の医療に携わる方々に、自らの死の在り方について、次のとおり希望を申し述べます。

私の病気が、担当医師を含む2人以上の医師の一般に認められている医学的知見によって現代の医学では不治の状態にあり、死期が迫っており、延命措置を行うと否とにかかわらず死に至り、そのような延命措置の実行は、単に死の過程を人工的に引き延ばすだけであると診断された場合には、苦痛を伴う手術や延命のみを目的とする措置は行わないで、苦痛を和らげる措置を執って、人間としての尊厳を保った安らかな死を迎えることができるように御配慮下さい。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

警察、検察の関係者におかれましては、家族、医師が私の医師に沿った行動を執ったことにより、これらの者を犯罪捜査や訴追の対象とすることのないようお願いいたします。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印