

終末期における医療に関する意向確認書

様

年を重ねていくと、やがて最期の時がやってきます。徐々に食事が食べられなくなったり、思わぬ急変によってお亡くなりになることがあります。

現在のお気持ちで構いませんので、ご本人、ご家族のお気持ちを伺いたいと思います。
尚、お気持ちが変わることがあればいつでも書類は変更できますので、生活相談員にお知らせください。

1 食事が口から摂れなくなった時の対応については下記を希望します。

胃ろうを希望します。

※ 造設術は外部病院での対応となりますが、術後は状態が安定すれば施設で過ごしていただくことができます。

経鼻経管栄養を希望します。

※ 施設での対応は困難なため療養型施設や病院に移っていただくこととなります。

中心静脈栄養を希望します。

※ 施設での対応は困難なため療養型施設や病院に移っていただくこととなります。

上記のいずれも希望しません。

※ 身体的、精神的苦痛、又は、危険を伴うと施設医が判断した場合は、絶飲食となります。

2 呼吸停止の発見時の対応については下記を希望します。

呼吸停止の状態で見つけた時は、延命を希望しません。AEDの使用、心肺蘇生、病院への搬送をしないでください。中山ちどりでの最期の看取りを希望します。

呼吸停止の状態で見つけた時は、延命を希望します。AEDの使用、心肺蘇生、病院への搬送を希望しますので、救急車を呼んでください。

※ 呼吸停止状態で救急車を要請した場合、救急隊員の判断または搬送先の病院の判断で警察が介入し、検死となることがあります。

3 ご本人、ご家族の希望、意向などお書き下さい。

社会福祉法人 晋栄福祉会

中山ちどり 施設長 様

上記の通り対応を希望します。

また、緊急時の連絡先に連絡がつかない時も、上記希望に従って対応をお願いします。

令和 年 月 日

ご入居者 氏名

身元引受人 氏名

印 (続柄)

緊急時連絡先 () - () - ()