

ターミナルケア(看取り介護)について

今後は ご入居者 _____ 様が「中山ちどり」で最期まで過ごして頂けるように
看取り介護致します。

- ① ご入居者の尊厳を守り、安心した日々を過ごされるように、介護致します。
- ② 医師の指示のもと、苦痛が生じた時は、これらを和らげる方法をとるなどして「中山ちどり」でできる限りの介護を行います。
- ③ 看取り介護に同意されても、その後お気持ちに変化があれば、いつでもご意向に沿うように致しますのでお申し出下さい。
- ④ 疾患によっては協力病院などへ紹介により、転院して頂くこともあります。

上記の説明をしました。
晋栄福祉会 中山ちどり

医師 _____ 印

【ご家族の希望があれば記入して下さい】

晋栄福祉会 中山ちどり 施設長殿 令和 年 月 日

私は、入居者 _____ の看取り介護に同意致します。

ご家族 氏名 _____ 印 (続柄 _____)

ご家族 氏名 _____ 印 (続柄 _____)

施設立会人 氏名 _____ 印