

氏名:

ID:

延命治療に関する事前要望書(リビングウィル)

富士見高原病院

病院における私への診療に際して、今後生じうる重篤な病状に対する治療行為に関して以下のような要望を宣言する。この内容は本要望書を記載した時点における私自身の意思に基づくものであり、状況により破棄または変更も可能であることを前提とする。

私が回復不可能と考えられる病状になり自らの意思表示が困難な状況になった際に、本要望書に記載された意向を尊重し対応することを要望する。その際の治療対応に何らかの問題(法的なことなど)が生ずる場合には、私の考えをあらかじめ伝えてある医療代理人(※)にその判断を委ねる。

1. 病状が現在の医療では治すことができず、自然の状態では死がせまっていることが明らか
な際に、死期を先延ばしするだけの血管確保による薬剤や栄養の投与、気道確保や人工
呼吸、輸血や人工透析などの治療は一切拒否する。
2. 上記の病状に於いて心身の苦痛を和らげる治療や処置は、可能な範囲で積極的に行うこ
とを要望する。その際に鎮静・入眠剤や麻薬などの使用で死期が早まることはかまわない。
3. 脳疾患などで物を食べることができなくなった場合には、管を使用しての栄養補給は一切
拒否する。たとえ誤嚥・窒息しやすい状況であっても、最期まで口から食べさせるよう自然
な形で見て欲しい。
4. 何らかの事情で胃瘻造設などによる経管栄養法がすでに行われている場合でも、病による
身体の衰えが明らかになった状況では栄養補給の中止を要望する。
5. 懸命の治療行為によっても私の意識が戻らず、身体の反応も乏しい状況が続く場合には薬
剤投与や栄養補給、酸素吸入や血液透析などの延命処置をすべて止めることを要望する。
また、すでに人工呼吸器が装着されている場合でも必要な手続きを行い、人工呼吸を中止
することを希望する。
6. その他、自身の延命治療に関して希望すること: 自由記載

以上の要望に添った診療を希望するとともに、それに伴う医療行為に関わる責任もすべて私が
担うことを認める。

氏名:

ID:

1)この要望書を富士見高原病院の診療録(電子カルテ)内に保存し、医療者がいつでも閲覧可能な状況にすることに同意する。

または

2)この要望書は医療情報支援室に保存しておくのみに止め、必要な状況が生じた際に医療者に通知することを希望する。

本人署名捺印

平成 年 月 日

住 所

氏 名 印

(生年月日 年 月 日 生)

医療代理人(※)署名捺印 (必要とする場合のみ記載)

平成 年 月 日

住 所

氏 名 印

(私との続柄)

(生年月日 年 月 日 生)

※ 医療代理人とは、自分が受ける医療行為について、自分で意思決定が出来なくなった時、自分の代わりに決定を下してくれる代理人です。

本要望書の内容に関する変更、または書類の破棄に関しては、作成者本人または医療代理人がその旨を医療情報支援室に直接お伝え下さいますようお願い致します。

【お問合せ先】

富士見高原病院医療情報支援室

地域医療連携室

TEL 0266-62-5801

FAX 0266-62-5544