

# 私の事前指示書

## 事前指示書とは

意思表示をする能力のある方が、将来その能力を失った場合に備えて、終末期の医療・ケアに関する希望を事前に他者に伝えておくことです。

残された人生を『自分らしく過ごす』ための希望を記載してください。

回復の見込みがなく、苦痛の激しい病人を本人の依頼または承諾のもと人為的に死なせる安楽死とは異なります。

### ※事前指示書を作成するにあたっての留意点

- \*事前指示書を作成するにあたり、家族・親しい人と自分の最期の時について十分話し合ってください。
- \*人の気持ちは揺れ動き、また周囲の状況や病状によって変化します。気持ちが変わった場合には、事前指示書を書き直してください。そして、定期的に見直すことをお勧めします。なお、この「事前指示書」は法律的な意味はありません。

## 1、終末期に希望しない医療・ケアを考えておきましょう

終末期とは、もとの病気が悪化して治る見込みがなく、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、と判断された状態です

(急に病状が変化した時には、医学的に判断して必要な処置を行います)

- |                      |                                 |                                   |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| ①心臓マッサージでの心肺蘇生       | <input type="checkbox"/> して欲しい  | <input type="checkbox"/> して欲しくない  |
| ②人工呼吸器の装着            | <input type="checkbox"/> つけて欲しい | <input type="checkbox"/> つけて欲しくない |
| ③持続的な栄養補給            | <input type="checkbox"/> して欲しい  | <input type="checkbox"/> して欲しくない  |
| ④点滴による持続的な水分補給       | <input type="checkbox"/> して欲しい  | <input type="checkbox"/> して欲しくない  |
| ⑤その他の希望（自由に記載してください） |                                 |                                   |

- |       |                                |                                  |
|-------|--------------------------------|----------------------------------|
| ⑥透析治療 | <input type="checkbox"/> して欲しい | <input type="checkbox"/> して欲しくない |
|-------|--------------------------------|----------------------------------|
- ※⑥は透析を受けていない方のみ記載して下さい

次頁へ続く

## 2、代理決定者を決めておきましょう

代理決定者とは、意識がない等あなたが十分な判断ができなくなったときに、医療スタッフと相談して、あなたにとって最善の利益判断をしてくれる人です。

代理決定者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

代理決定者に選んだ人との関係 \_\_\_\_\_

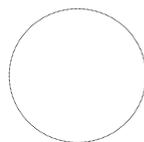
代理決定者の方は、この事をご存知ですか？ はい いいえ

上記の方以外に、信頼してあなたのことを親身になって考えてくれる人がいれば書いておきましょう。 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

-----

記載日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

本人氏名 \_\_\_\_\_



生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

作成者拇印

住所 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

代筆者住所 \_\_\_\_\_

上記の内容を確認された家族・親しい人（代筆者と同じ場合は省略可）

確認日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

不明な点がありましたら病院スタッフにご相談ください。

書き終わりましたら、家族・親しい人と相談して保管してください

社会医療法人川島会

2019年8月27日 承認

2020年6月25日 改定

2021年5月 改定