

急変時や人生の最終段階における医療・ケアに関する意思確認書

私は、「介護老人〇〇施設 △△△」において、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師が診断した場合、治療（対応）について次のとおり希望します。なお、意思確認書はいつでも変更、または、撤回できるものとします。

記

- ① 人生の最終段階の時期を迎えたい場所はどこですか
- 施設 自宅
 病院 現在は分からない
- ② 食事が口から取れなくなった時の対応について
- ・輸液(末梢静脈) 希望する 希望しない 現在は分からない
・経鼻経管栄養 希望する 希望しない 現在は分からない
・腸瘻・胃瘻造設 希望する 希望しない 現在は分からない
・その他() 希望する 希望しない 現在は分からない
- ③ 病状が悪化した時の対応について
- ・救急搬送 希望する 病院名: _____ 希望しない

・入院治療 希望する 病院名: _____ 希望しない
 医師に相談したい
- ④ 急変時（心停止・呼吸停止）の蘇生を希望されますか
- 希望する 希望しない
- ⑤ 深夜に亡くなった場合の連絡について
- ただちに連絡が欲しい 明朝で良い

以上

介護老人福祉施設 ピースポート

施設長 ■■ ●● 殿

令和 年 月 日

入 所 者 氏 名 印

身元引受人 住 所

(契約者) 氏 名 印 (続柄)

(その他の家族) 住 所

氏 名 印 (続柄)

施設職員 氏 名 印