看取り介護についての同意書

私は（利用者名：　　利用者との続柄：　　）の看取り介護について、医師の診断と介護老人〇〇施設△△△の看取り介護指針に基づく対応について説明を受け、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し同意いたします。

記

① 令和　　年　　月　　日をもって、医療機関での治療等、ご本人の苦痛を伴う処置及び延命治療は行いません。また、危篤な状態に陥った場合でも病院への搬送は希望しておらず、当施設にて最期を看取ります。

② ご本人の意思及び人格を尊重し、身体的、精神的援助を行います。

③ 医師への相談及び指示を仰ぎながら、可能な限り苦痛や痛みを和らげる方法で、看取り介護を行います。

④ ご本人ご家族の希望に沿った対応に心がけ、情報の提供と共有に努めます。
但し、ご本人ご家族の希望、意向に変化があった場合は、その都度対応を見直すと共に意向に従い援助させて頂きます。

⑤ 深夜帯に亡くなった場合の連絡は　□直ちに行います。　□明朝に行います。

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　　）

住　所
氏　名　　印　（続柄　　）

説明医師　施設又は医療機関名
氏　名　　印
施設立会人　職　種
氏　名　　印