

医療行為に関する事前確認書(同意書)

この確認書は、現在の医学では回復の見込みがなく、治療について自分の意思表示ができないような状態になったとき、自分にしてほしくない治療を文章で伝えておくものです。回復の見込みがないときなどの治療行為について以下のように要望します。

① 胸骨圧迫法(心臓マッサージ)	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
② 除細動器(カウンターショック)の使用	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
③ 昇圧剤の使用	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
④ 手動式人工呼吸器(アンビューバック)の使用	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
⑤ 気管挿管	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
⑥ 人工呼吸器の装着	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
⑦ 気管切開	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
⑧ 経鼻胃管による栄養補給	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
⑨ 胃ろうによる栄養補給	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
⑩ 中心静脈による栄養補給	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
⑪ 輸血・血液製剤の使用	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

その他の希望					
ご自分で判断できないとき医師や医療機関が相談すべき人	①	氏名		続柄	
		住所		連絡先	
	②	氏名		続柄	
		住所		連絡先	

説明者		職種	
-----	--	----	--

【署名欄】

同意年月日 平成 年 月 日

患者氏名 _____
 住所 _____
 連絡先 _____

代理人氏名 _____ (続柄)
 住所 _____
 連絡先 _____