

心肺蘇生に関する本人（あるいは代諾者）意思表示と医師指示書

「本人（あるいは代諾者*）意思表示」記入欄

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生を受けない」という意思を表明しました。心肺蘇生を受けなければ生命維持できないことを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医と十分に話し合い、ここに同意いたします。

また、これらの指示は、私の意思でいつでも撤回できることを理解しています。

本人（あるいは代諾者）署名： 消防 次郎

署名年月日：西暦 20 〇〇 年 〇 月 〇〇 日

本人に代わり代筆した場合、代筆者の氏名 _____ 本人との関係 _____

※本人の代わりに代筆した場合に記入（例）「消防花子」・「妻」

代諾者署名の場合 本人との関係 長男

*代諾者とは、患者本人に意思決定能力がない場合に、本人に代わって、説明及び同意の手続きをする医療者の相手方となる者である。よって、本人の推定意思を尊重し、最善の利益を図りうる者でなくてはならない。

「医師指示書」記入欄

当該本人が心肺停止となった場合、本人（あるいは代諾者）の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生を受けない」という表明を尊重し、心肺蘇生を実施しないでください。
この指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、本人（あるいは代諾者）と多専門職の医療従事者間において十分な話し合いを行ったうえで、意思決定についての合意が形成されています。

本人氏名： 消防 太郎

生年月日：西暦 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日

住所： 熊本県〇〇〇市〇〇〇町〇〇 - 〇〇

連絡先電話番号： 096 - 〇〇〇 - 〇〇〇

病状の概要： 〇〇〇〇……………。

医師署名： 救命 一郎

署名年月日：西暦 20 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 ※

医療機関の名称： 熊本メディカル病院

医療機関の所在地： 熊本県〇〇市〇〇 〇〇-〇〇

連絡先電話番号 090-〇〇〇-〇〇〇

（注： 医師は、必ず連絡がすぐに取りれる電話番号を記入してください。）

※この書類の有効期限は医師の署名年月日より1年間であり、1年毎の更新が必要となります。