

医療上の判断に関する事前意思表示書

記入日 西暦 年 月 日

登録番号 _____

氏 名 _____ 実印

生年月日 西暦 年 月 日

特定非営利活動法人りすシステム

代表理事 杉山 歩 様

私は、NPO りすシステムとの生前契約基本契約並びに生前事務委任契約に際し、私自身の医療上の判断について、適切な意思表示が出来なくなった場合のために、この意思表示書により私の意思を表します。

- 私自身が判断できないとき、あるいは判断が困難なときは、医療者から病状や手術内容についての説明を受ける際に、この意思表示書を医療者に提示または写を提供し私の意思を伝えてください。
- NPO りすシステムが必要と判断した場合は、カルテ開示を含む私自身に係る医療情報の開示を受けて下さい。
- なお、親族や関係者が異議を唱えてもこの意思表示書に従ってください。
- 意思表示内容に変更がある場合は、最新の日付の書面が私の正しい意思表示です。

【1】病気の診断告知に関する希望について（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 病名および余命の告知を受けたい
- (2) 病名のみ告知を受けたい
- (3) 病名、余命ともに告知を受けたくない
- (4) その他 _____

【2】終末期における治療・療養について（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) できるだけ自宅または施設入居の場合は自室ですごしたい
- (2) 病院で治療・療養したい
- (3) ホスピスや緩和ケア施設等ですごしたい
- (4) その他 _____

【3】終末期、その時点の医療水準で治癒（回復）不能と診断された場合の希望について

（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 寿命と思うので何もしなくていい(積極的な治療は望まない)
- (2) 苦痛を感じたくない。心地よい状態にするために痛みなどを取り除いてほしい
- (3) 医療費が高額になっても良いので、その時点で考えられる最高レベルの治療をしてほしい
- (4) その他_____

【4】食事を口からとれなくなった場合の栄養補給について

〈1〉終末期で食事を口からとれなくなった場合の栄養補給について

（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 鼻やお腹に管を通して栄養をとりたい
- (2) 鼻やお腹に管を通したり、穴をあけてまで栄養補給してほしくない
- (3) 口からとれるものだけで、自然の成り行きに任せてすごしたい
- (4) その他_____

〈2〉何らかの理由で食事が口からとれなくなっている状態だが、回復が望めないとまでは言いきれない場合の栄養補給について

（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 鼻やお腹に管を通して栄養をとりたい
- (2) 鼻やお腹に管を通したり、穴をあけてまで栄養補給してほしくない
- (3) 可能な範囲で口からも栄養をとりたいが、状況により静脈栄養や鼻やお腹に管を通しての栄養補給でもよい
*口からの食事では誤えんによる肺炎の危険が高く、栄養が明らかに不足する場合、補助的に静脈栄養や鼻やお腹に管を通す栄養補給を選択する事もある
- (4) 口からとれるものだけで、自然の成り行きに任せてすごしたい
- (5) その他_____

【5】臨死期（医療的処置が最終段階になった場合）の希望について

（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 自然にその時を迎えたい
- (2) 延命処置をしてほしい
- (3) その他_____

【6】植物状態に陥った場合の治療について（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 生命維持装置使用等、可能な限りの治療をしてほしい
- (2) 生命維持装置使用を含め一切の治療を拒否する

【7】臓器の移植を受ける治療が必要になった場合について

（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 希望する
- (2) 希望しない

【8】臓器を提供することについて（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 提供しない
- (2) 提供する

（ ）内に○をご記入ください

アイバンク登録 （ ） あり （ ） なし

腎バンク登録 （ ） あり （ ） なし

【9】 Ai 診断について（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) Ai 診断してほしい
- (2) りすシステムが必要と認めた場合のみ Ai 診断してほしい
- (3) その他 _____

【10】 病理解剖について（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 医学の進歩に役立つことなので、要請されれば承諾する
- (2) 献体登録をしているが、医学の進歩のために病理解剖を優先して承諾する
- (3) 献体登録を優先し、病理解剖は承諾しない
- (4) いかなる場合も拒否する

【11】 献体登録について（番号を○で囲み口に実印を押印してください）

- (1) 登録していない
- (2) 登録している

登録先病院名 _____

連絡先等 _____

【12】－〈1〉 私の医療情報について、リシステムに知っておいて欲しいこと

<p>現在治療中の病気 (病名、病院名 かかりつけ医等)</p>	
<p>今飲んでいる薬 【漢方薬等も含む】</p>	
<p>既往歴 (病名、年齢、病院名、 通院・入院の有無等)</p>	<p>過去にかかった病気</p>
	<p>手術を受けた経験</p>
<p>血液型など 【輸血を受ける際 注意してほしいこと】</p>	
<p>その他気になること 【感染症(B, C型肝炎等) ・アレルギー等】</p>	

【12】 ー く 2 〉 医療情報貼付欄

(ドナーカードのコピー、お薬情報 (お薬手帳等) のコピー、かかりつけの病院の診察券のコピー等を貼ってください)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for pasting medical information such as donor card copies, medication information, or hospital visit slips.

