

事前指示書

医療委任状

医療委任状は、他の誰かに、あなたの代わりに医療上の決定を行う権利を与えます。

私は次の選択肢から選びます（イニシャルとチェック）（選択肢を1つ選んでください）：

- ☐ 医療委任状を持つ。
- ☐ 医療委任状を持たない。このフォームのパートIは意図的に空白のままです。

A. 委託者。私、[お名前]、[住所]、[市町村]、[都道府県]、郵便番号：[郵便番号] として、次のように指名します：
B. 代理人。[お名前]、[住所]、[市町村]、[都道府県]、郵便番号：[郵便番号]。代理人の電話（携帯電話）：[電話番号]
C. 代替代理人。もし私の代理人がサービスを提供できないか、適時に決定を下すことができない場合、私は[お名前]、[住所]、[市町村]、[都道府県]、を選び、私の代理人として行動するように指名します。代替代理人の電話：[電話番号]

私は、私の代理人に、私が情報をリクエストしているかのように、私の健康記録と情報のすべてを受け取るつもりです。

生前指示書

生前指示書は、治療が効果的でない場合の、能力喪失時の治療オプションを選択できるものです。

私は次の選択肢から選びます（イニシャルとチェック）（選択肢を1つ選んでください）：

- ☐ 生前指示書を持つ。
- ☐ 生前指示書を持たない。このフォームのパートIIは意図的に空白のままです。

A. 委託者。私、[お名前]、[住所]、[市町村]、[都道府県]、[社会保障番号の下4桁]（以下「委託者」といいます）は、私の医師や医療提供者に、私の健康管理に関する私の希望を伝えたいと思います。
B. 生命維持装置。

私は、私の医師が、利用可能な治療法と療法を使用して、私を受け入れられる生活の質に戻すための継続的な努力をすることを希望しています。ただし、私の生活の質が以下で定義したように許容できない場合、かつ私の医師が私の状態が改善しない（不可逆的である）と判断した場合、私は私の生命を延ばすすべての治療を中止するよう指示します。

許容できない生活の質は以下を含みます（イニシャルをつけ、該当するものをすべて確認してください）：

- ☐ 慢性昏睡または持続的な植物状態
- ☐ 私の必要を伝えることができない
- ☐ 家族や友人を認識できない
- ☐ 日常の世話に完全に依存
- ☐ その他：[詳細]。

（イニシャルとチェック）（1つ選んでください）

- ☐ 上記の生活の質を持っていても、私は管または静脈内（IV）で食物と水を治療することを望みます。
- ☐ 上記の生活の質を持っている場合、私は管または静脈内（IV）での食物と水の治療を望みません。

C. 特定の生命維持治療。

一部の人は、回復の可能性がある場合でも、特定の生命維持治療を希望しない場合があります。該当する場合、どの治療法も希望しない場合、下記の治療法をチェックしてください：

（イニシャルとチェック）（1つ選んでください）

- ☐ 心肺蘇生法（CPR）
- ☐ 人工呼吸器（呼吸マシン）

☐ 経管栄養（給餌チューブ）

☐ 透析

☐ その他：[詳細]。

D. 末期の希望（ホスピスケア、葬儀手続きなど）：

私が死期に近づいているとき、以下のことが私にとって重要です：[詳細]

私はこの文書に署名しました。_____。

• 委任者の署名：_____

• 氏名：_____

証人1

• 署名：_____ 日付：_____

• 氏名：_____

証人2

• 署名：_____ 日付：_____

• 氏名：_____