

緊急時の対応について(意思確認書)

私は 急激に全身状態が悪化した場合 下記の処置を希望します

◇ 延命処置について

☐ 希望する

☐ 希望しない

上記で 希望する にチェックされた方は希望される処置を選んでください

☐ 輸液・抗生剤・酸素投与

☐ 心肺マッサージ

☐ 気管内挿管

☐ 気管切開を含む人口呼吸器の装着

☐ 輸血

◇ 献体やドナー登録について

☐ 登録している

☐ 登録していない

上記で 登録している にチェックされた方は登録しているものを選んでください

☐ 献体

☐ 骨髄バンク

☐ アイバンク

☐ 臓器提供

☐ その他（

）

令和 年 月 日

本人署名

⑩

（代理署名(続柄)

）

緊急連絡先(続柄)

⑩

その他家族(続柄)

⑩

電話番号

電話番号

携帯番号

携帯電話

勤務先電話番号

勤務先電話番号

（勤務先

）

（勤務先

）

※ 搬送先の病院で この確認書(写)を提出いたします

※ 搬送先の病院で 医療保険証の原本が必要です

※ 緊急時いつでも連絡がとれるよう 複数の連絡先やお勤め先の電話番号などの記入をお願いします

※ この確認書は 本人の意思により いつでも変更、取り消しができます

※ 確認書の再提出、取り消しがない場合、この確認書が継続しているものとします