西東京市在宅療養後方支援病床確保事業

No. 3

延命治療についての確認書

臨死状態（呼吸停止や血圧の著しい低下等があり、死が迫っている状態）になった場合、どのような治療を望まれますか？
項目にレ印をお願いします。

□ 積極的な延命治療を希望しない。
（静かに死を受け入れたい）

□ 積極的な延命治療の一部を可能な限り行ってほしい。

- □ 気管内挿管及び人工呼吸器による延命
- □ 心臓マッサージ
- □ 昇圧剤
- □ その他【　　】

□ 延命治療のすべてを可能なかぎり行ってほしい。

平成　　年　　月　　日

利用者氏名　　印

利用者家族氏名　　印（続柄　　）
（主介護者）

主治医名　　印