

緊急時対応事前確認書

令和 年 月 日

1. 急変時の緊急搬送の実施

☐望む ☐望まない ☐その他 ()

※望まない場合、心臓マッサージの実施はいたしません。

2. 医療機関での輸血*¹の実施

☐望む ☐望まない ☐その他 ()

3. 呼吸状態が悪くなった際の人工呼吸器*²の装備

☐望む ☐望まない ☐その他 ()

4. 口からお食事がとれなくなった際の人工栄養*³の手術等の実施

☐望む ☐望まない ☐その他 ()

※望まない場合、栄養剤の点滴もしくは経鼻経管栄養の最低限の医療処置を実施します。

5. 関係機関から情報提供を求められた場合について

※緊急連絡先提供の同意（病院や警察等から緊急連絡先を求められた場合）

☐望む ☐望まない ☐その他 ()

6. 逝去後の葬儀会社先の移送について

☐葬儀会社を指定する () ☐葬儀会社を指定しない

※指定しない場合、関係者等と協議したうえで葬儀会社を選定いたします。

氏 名 _____

立会人 _____

※ 上記、日付時点の本人意向であり、あくまでも本人が意思表示できない場合の参考として利用します。

*1 疾患や治療(化学療法や手術)、外傷によって欠乏した血液または血液成分の一部を補うために行う治療法

*2 呼吸しやすいように鼻や口から気管の中に管を入れ、ポンプで空気を送り人工的に呼吸を行わせる装置

*3 口からの食事以外で栄養や水分を摂取するために、胃に管を入れ、管を通して栄養を注入する方法