

心肺蘇生（胸骨圧迫、人工呼吸及び AED の使用）に関する医師の指示書^{※1}

当該患者が心肺停止となった場合、患者（あるいは代諾者）の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生を受けない」決定を尊重し、心肺蘇生を実施しないでください^{※2}。

指示にあたっては、当該時の標準的医療等を考慮しています。

患者氏名：	生年月日：	年	月	日
住 所：				
電話番号：	—	—		
病状の概要（終末期の状況など）				

【患者（代諾者）記入欄】

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生を受けない」決定をしました。心肺蘇生を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医と十分に話し合い、ここに同意いたします。^{※3・4}

患者署名 ^{※5} ：	記入日：	年	月	日
	有効期限：	年	月	日 ^{※6}
（代筆した場合、代筆者の氏名：	患者との関係：			）
代諾者署名 ^{※7} ：	患者との関係：			

【医師記入欄】

医師署名：	記入日：	年	月	日
医療機関名：				
所在地：				
電話番号：	—	—		
電話番号（時間外等）：	—	—		

この指示書は、沖縄県中部地区 M C 協議会が指定する様式である

【指示書 注意事項】

- ※ 1 ・家族等は、この指示書を救急隊に提示し、救急隊は、救急活動報告書等に添付し保管する。
- ※ 2 ・かかりつけ医の心肺蘇生の非実施の指示
- ※ 3 ・心肺蘇生等を希望しない旨について、かかりつけ医と話し合ったうえで同意するという意思表示患者が署名する場合、かかりつけ医は、患者が健やかな精神状態にあり、治療方針に同意する能力があることを確認する
 - ・代諾者が署名する場合、代諾者は、患者の事前の意思、信念、価値観などを考慮して署名する。
 - ・かかりつけ医は、代諾者による同意が患者の事前の意思や信念等を反映したもので、標準的な医療水準等を考慮した合理的な判断であることを確認し、代諾者の連絡先と合わせて患者のカルテに記録する。
- ※ 4 ・かかりつけ医は、患者もしくは代諾者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録する。
- ※ 5 ・手が不自由など、患者が自分で署名することができない場合は、代筆可とし、カッコ内に代筆者の氏名、患者との関係を記載する。
- ※ 6 ・定期的（6か月）に更新がしてあり、有効期限（患者記入日から6か月）内のものであることが望ましい。
 - ・不明な点があれば、かかりつけ医に相談すること。
- ※ 7 ・患者が自分で判断できない場合は、代諾者（家族等）が署名する。
 - ・ここで言う代諾とは、患者本人に十分な判断能力が備わっていない場合、患者の代わりに同意・承諾することを指す。