

**医療処置(蘇生処置を含む)に関する医師指示書(POLST)**

患者氏名	ID( )	用紙記入日	年 月 日
------	-------	-------	-------

<b>A</b>	<b>心肺停止の場合</b>	<b>脈拍がなくかつ呼吸が停止している状態</b>
	<input type="checkbox"/> すべての心肺蘇生を実施する <input type="checkbox"/> 心肺蘇生を実施しない	

<b>B</b>	<b>心肺停止の状態ではない場合</b>	<b>脈拍か呼吸、あるいはその両方が確認される状態</b>
	<input type="checkbox"/> 苦痛緩和を最優先とする医療処置(a) 患者の尊厳に配慮し、敬意をはらって対処する。疼痛や不快な症状を軽減するための投薬や処置や症状を軽減するための酸素投与・吸引・用手的な気道確保が必要であれば実施する。  <input type="checkbox"/> 非侵襲的医療処置(b) 上記の緩和ケア処置(a)に加えて、心臓モニタリング及び投薬(経口・経静脈)処置を実施する。  <input type="checkbox"/> 侵襲的医療も含む医療処置(c) 上記(a)(b)に加えて、医療機器を用いた気道確保(気管内挿管を含む)、人工呼吸器、除細動等を実施する。 追加の指示:	

<b>C</b>	<b>その他の医療処置</b>										
	経管栄養(胃瘻を含む) 点滴 抗生物質の投与 血液製剤の投与 人工透析 追加の指示:	<table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 実施する</td> <td><input type="checkbox"/> 実施しない</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 実施する	<input type="checkbox"/> 実施しない	<input type="checkbox"/> 実施する						
<input type="checkbox"/> 実施する	<input type="checkbox"/> 実施しない										
<input type="checkbox"/> 実施する	<input type="checkbox"/> 実施しない										
<input type="checkbox"/> 実施する	<input type="checkbox"/> 実施しない										
<input type="checkbox"/> 実施する	<input type="checkbox"/> 実施しない										
<input type="checkbox"/> 実施する	<input type="checkbox"/> 実施しない										

<b>D</b>	<b>患者による事前指示及び指示内容の変更</b>																
	<p><b>患者による指示</b> (以下の書類が存在します。)</p> <input type="checkbox"/> リビングウィル(望まない医療処置の内容) <input type="checkbox"/> 医療に関する代理判断者の指名 氏名(本人との関係) _____ ( ) _____ ( )																
	<p><b>指示内容を変更・更新した日</b></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">1)</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> <td style="width: 50%;">(初回作成日)</td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3)</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td></td> </tr> </table>		1)	年	月	日	(初回作成日)	2)	年	月	日		3)	年	月	日	
1)	年	月	日	(初回作成日)													
2)	年	月	日														
3)	年	月	日														
	<p>※POLSTは定期的に見直しを行うこと。また、以下に当てはまる場合には再評価を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①意思能力のある患者・意思能力のない患者の家族・医療スタッフによる申し出があった場合</li> <li>②患者が別の医療機関や介護施設に移る場合</li> <li>③患者の病状が変化した場合</li> </ul>																

「生命を脅かす疾患」に直面している患者の  
医療処置(蘇生処置を含む)に関する同意書

様

患者本人(あるいは適切な代理判断者)によって、適切なインフォームドコンセントが  
なされ、公正な手続きを経て、この書式にある医療処置の制限が決定されたことを認めます。

○話し合いの参加者 : 患者 家族 その他 氏名(本人との関係)

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

○医療ケアチーム内の話し合いの参加者 : 氏名(職種)

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

担当医師署名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<患者(代理人判断者)記入欄>

患者(氏名) \_\_\_\_\_ においては、「生命を脅かす疾患」に直面した場合の医療  
処置の制限や、心肺停止に陥った場合の蘇生処置の制限について、本書式の方法を望みます。

- ◆現在の病状について理解しました。
- ◆以下の制限する医療処置の内容について理解しました。
- ◆また、これらの指示は、私の意思で、いつでも撤回できることを理解しています。

サイン \_\_\_\_\_ ⑤ (患者又は代理判断者)

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【POLST(DNAR 指示を含む)と、患者作成の事前指示の内容が異なっている場合には、  
POLST(DNAR 指示を含む)を優先することに同意します】