

<b>生命維持治療のための医師指示書</b> すべての患者は一個人として尊重され、治療されるべきです。まず、以下の指示に従って下さい。その後(必要に応じて)、医師、または、NP (ナースプラクティショナー：上級実践看護師) に連絡をしてください。これは、患者の医学的状況と、意思に基づいて書かれた医師指示用紙です。空欄の項目はすべて、その項目においての全治療を施行するとみなされます。		氏名  生年月日		
<b>A: 心肺蘇生 (CPR)： 脈拍がなく、かつ、呼吸が停止している状態</b> <input type="checkbox"/> 蘇生術を施行する・CPR を実施する <input type="checkbox"/> 蘇生術を開始しない・DNR (No CPR) 心肺停止ではない場合、以下の B,C, および D の項目に従う。				
<b>B: 医学的処置： 脈拍停止、または、呼吸停止、もしくは、呼吸、脈拍、共に確認される場合</b> <input type="checkbox"/> <b>緩和処置のみ施行</b> 薬剤をどのような投与経路でも使用する、体位の交換、傷のケア、または、他の痛みや苦痛を和らげる処置。症状緩和のための、酸素の投与、吸引、そして、医療器具を用いない気道確保。延命処置のための病院への搬送はしない。しかしながら、現在の場所では苦痛を緩和できない場合は、病院へ搬送する。 <input type="checkbox"/> <b>限定された医学的処置の施行</b> 上記のものを含む。医学的処置の施行、点滴、必要である場合の心拍モニター装着を行う。人工気管挿入や、気道確保のための医療器具 (エアウェイ)、人工呼吸器装着は行わない。もしも必要な場合は、病院へ搬送する。しかし、集中治療室での治療は避ける。 <input type="checkbox"/> <b>すべての医学的処置の施行</b> 上記のものを含む。人工呼吸器を使用し、気管切開なども施行、また必要な場合の除細動機も施行。もし指示があれば病院へ搬送する、その場合は集中治療室での治療も含む。 追加事項：				
<b>C: 抗生剤</b> <input type="checkbox"/> 抗生剤は使用しない。症状の緩和のために抗生剤以外のものを使用する。 <input type="checkbox"/> 抗生剤の使用、または、使用する期間を、感染が起こった場合に決定する。 <input type="checkbox"/> 延命が可能であれば、抗生剤を使用する。 追加事項：				
<b>D: 人工的栄養剤の施行：もし可能であれば、常に経口からの食事摂取は提供する。</b> <input type="checkbox"/> 管からの人工栄養剤は使用しない。 <input type="checkbox"/> 管からの人工栄養剤の使用期間を設定した上で、施行する。 <input type="checkbox"/> 管を通しての人工栄養剤を長期間施行する。 追加事項：				
<b>E: 医学的所見の要約と署名</b> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>話し合い参加者：</b>  <input type="checkbox"/> 患者本人  <input type="checkbox"/> 未成年者の両親  <input type="checkbox"/> 医療従事者  <input type="checkbox"/> 法的保護者  <input type="checkbox"/> その他：         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>医学的所見：</b> </td> </tr> </table>			<b>話し合い参加者：</b> <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 未成年者の両親 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 法的保護者 <input type="checkbox"/> その他：	<b>医学的所見：</b>
<b>話し合い参加者：</b> <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 未成年者の両親 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 法的保護者 <input type="checkbox"/> その他：	<b>医学的所見：</b>			
医師名：	医師電話番号	事務所のみ使用欄		
医師署名：	日付			

CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE,

Oregon Health & Science University, 3181 Sam Jackson Park Rd, UHN-86, Portland, OR 97239-3098 (503) 494-3965 June 2007

日本語版作成者 (翻訳、意識) 今石 千絵 (看護師) Kaiser Permanente Continuing Care Services, 山下 大輔 (医師) OHSU, Family Medicine