

看取り医療、看護、介護同意書

様は末期の病気、もしくは加齢に伴う老衰に関連した様々な症状に対して、今後は積極的な治療を望まず、できうる限り快適に安らかに原則施設内にて最期を迎えていくことに同意します。また、この同意書に署名する上で下記のことにも同意しています。

*看取りの意味、看取り時期の外観の変化などに説明を受け何ら疑問点はありません。

*同意書を書くにあたり、本人の意思を優先し、もしくはその努力をしました。

*代表者の署名により関係者全員の意見の一致が見られています。

*当施設における看取り実施は、医師、看護師、介護士による強制ではありません。

*考えの変更があった場合は速やかに医師もしくは施設に申し出ますが、それまでの不可逆的な身体変化に関しては十分承知しています。

*昨今の社会情勢（医師や看護師の働き方改革、コロナ感染症流行等）を鑑み、深夜時間帯で亡くなられた場合、原則翌朝ご家族への連絡とお見送りを行わせていただきます。

入居者様氏名 _____ 印

関係者代表 _____ 印

説明者 _____ 医療法人 維誠会

令和 年 月 日