

## ターミナルケアについての説明及び同意書

### 〈医師説明〉

患者\_\_\_\_\_様は、診断名\_\_\_\_\_により、  
今後、ターミナル期に入ると予測されます。

平成 年 月 日

医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

### 〈患者ご本人またはご家族〉

私は、\_\_\_\_\_のターミナルケアについて、医師の説明を  
受け、在宅療養計画が私どもの意向に沿ったものであることを確認しまし  
たので、同意します。

### 記

本院では、在宅で自然な最期を迎えたいと願っておられる患者様に対して、人権尊重に  
基づき、ターミナル期を人間としての尊厳を失うことなく、関係ある人々と共に、その人  
らしく穏やかで安らぎのある日々をお過ごしになり、尊厳ある最期を迎えることができる  
よう支援いたします。また、患者ご本人またはご家族が希望や意向を変更された場合は、  
できるだけその意向に沿った治療を行います。

〇〇診療所 院長

\_\_\_\_\_様

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

家族氏名 \_\_\_\_\_ (印)