

事前指示書ーアラスカ州

ステップ1：医療代理人を選びます。

自分で意思決定を行うことができなくなった場合に、あなたに代わって医療の選択を行う、あなたが信頼する人を指名してください。あなたの人生に関わっている、家族や友人を検討すると良いでしょう。そして医療代理人となる人を選び、その人があなたの医療代理人になる意思があることを確認してください。

家族または友人で以下に該当する人を選んでください：

- 18歳以上で、あなたをよく知っている
- あなたの医療代理人となる意思がある
- あなたの希望を基に、難しい決断を下すことができる
- あなたがこの書類に記した情報について、医療提供者および家族に効果的に伝えることができる

あなたの医療代理人は、以下を行うことができます：

- あなたが医療を受ける場所の決定
- 医療提供者の選択または解任
- 投薬、検査、治療に対する許可/不許可を述べる
- あなたの死後、遺体および臓器の取り扱いについての決定を述べる
- あなたの希望を実行するために必要な法的行為

あなたが医療を受けている診療所や病院の医師またはそこで働く人は、あなたの家族の一員でない限り、あなたの医療代理人になることはできません。

医療代理人を指名します。

1) 私は、医療に関する意思決定が自分でできなくなった場合、以下に挙げる人がその決定を行うことを希望します。

名	姓	関係	
自宅/携帯電話番号	勤務先電話番号	Eメール	
番地	市	州	郵便番号

もし、最初に挙げた人が私に医療に関する決定を行えない場合、以下の人が決定を行うことを希望します。

名	姓	関係	
自宅/携帯電話番号	勤務先電話番号	Eメール	
番地	市	州	郵便番号

2) 同意する内容の横にx印を記入してください：

___ 私の医療代理人は、私が自分で意思決定ができなくなった場合に限り、私の代わりに決定を行うことができる。

または

___ 私の医療代理人は、私がこのフォームに署名後直ちに、私の代わりに決定を行うことができる。

この事前指示書は、次の人に属します：（ここにあなたの氏名を活字体で記入してください） 生年月日

事前指示書ーアラスカ州

ステップ2：医療に関する選択を行います。

あなたにとって、生きている価値とは何ですか？

1) 私の生命は（AまたはBを選ぶ）：

- A) どんなに健康状態が深刻でも、常に生きている価値がある
- B) 価値があるのは以下の場合のみである（該当するものすべてに印をつける）：
- 家族および友人と会話できる
- 昏睡状態から目覚めることができる
- 自分で食べ、入浴し、また身の回りのことは自分でできる
- 痛みから解放されることができる
- 機械に繋がれなくても、生命を維持できる
- よく分からない

2) もし私に死が近づいている場合、私にとっては以下の場所にいることが重要である（1つを選ぶ）：

- 自宅
- 病院またはその他のケア施設
- どこでケアを受けるかは重要ではない

宗教的または精神的な信条

1) 宗教または精神的な信条は、あなたにとって重要ですか。

はい いいえ

2) 信仰している宗教、または伝統的な信仰がありますか。ある場合は、それを記入してください。

3) あなたの信仰する宗教または精神的信条について、あなたの医師が知っておくべきことは何ですか。

この事前指示書は、次の人に属します：（ここにあなたの氏名を活字体で記入してください） 生年月日

事前指示書ーアラスカ州

ステップ2：医療に関する選択を行います（続き）。

延命

延命の処置は、あなたの生命を維持するために使用される場合があります。

それには以下が含まれます：

心肺蘇生または心肺蘇生術—これには以下を行う場合があります：

- 血液の循環を維持するため、胸部を強く押す
- 心臓の動きを復活させるため、電気ショックを与える
- 静脈に薬剤を投与する



人口呼吸器または酸素吸入器—この機械は、あなたの喉に管を取り付け、その管を通してあなたの肺に空気を送り込み、あなたのために呼吸を行います。この機械を付けている間は、話したり、食べたりすることはできません。



透析—この機械は、あなたの腎臓が機能しない場合、あなたの血液をきれいにします。

栄養チューブ—あなたが食べ物を飲み込むことができない場合、このチューブによって食べ物が体内に送られます。このチューブは、あなたの喉から胃に挿入されます。また、外科的に取り付けられることもあります。



輸血—これは、あなたの静脈に血液を注入します。

手術およびまた投薬

あなたが最も同意する内容1つにX印をつけてください。

非常に状態が悪く、死が近づいているかもしれない場合：

- 効果があるかもしれないと医師が考えるすべての延命治療を行う。治療に効果がなく、良くなる可能性がほとんどない場合、例え苦痛があっても、**生命維持装置に繋がれていることを希望する。**
- 効果があるかもしれないと医師が考えるすべての延命治療を行う。治療に効果がなく、良くなる可能性がほとんどない場合、**生命維持装置に繋がれていることを希望しない。** 苦痛がある場合、延命治療の使用を中止し、安らかに死ぬことを希望する。
- 延命治療を希望しない。** 苦痛のない状態を重要視することを希望する。自然な死を迎えたいと思う。
- 私の医療代理人に決めてもらいたい。**
- どうしてほしいか、よく分からない。

この事前指示書は、次の人に属します：（ここにあなたの氏名を活字体で記入してください） 生年月日

事前指示書ーアラスカ州

ステップ2：医療に関する選択を行います（続き）。

臓器提供について

あなたの死後、臓器提供および検死について医師が尋ねる場合があります。臓器提供によって、他の人の命を救えることがあります。あなたが最も同意する内容1つにX印をつけてください。

私は臓器提供することを希望します：

使える可能性のある、すべての臓器を提供します。

特定の臓器のみを提供します（提供を希望する臓器または組織を記入してください）。

私はどの臓器も提供を希望しません。

私の医療代理人に決めてもらいたい。

どうしてほしいか、よく分からない。

検死について

検死は、死亡後にその死亡の原因を見つけるために行われることがあり、外科的な処置で数日間かかることもあります。また、場合によっては、検死が法律によって義務付けられています。あなたが最も同意する内容1つにX印をつけてください。

私は検死を希望します。

私は検死を希望しません。

私は、私の死因に疑問があるときに限り、検死を希望します。

私の医療代理人に決めてもらいたい。

どうしてほしいか、よく分からない。

この事前指示書は、次の人に属します：（ここにあなたの氏名を活字体で記入してください） 生年月日

事前指示書ーアラスカ州

ステップ3：医療代理人の権限の概要を示します。

あなたの医療代理人は、以下に関する決定を行うことができます：

延命治療ーあなたの命を引き延ばすための医療：

- 心肺蘇生または心肺蘇生術
- 人工呼吸器または酸素吸入器
- 透析
- 栄養チューブ
- 輸血
- 手術
- 投薬

終末期のケア

死が近づいているかもしれない場合、あなたの医療代理人は以下を行うことができます：

- 精神的指導者を呼ぶ
- 自宅で死ぬか、病院で死ぬかの決定を手助けする
- 検死が行われるかどうかの決定の手助けをする
- あなたの臓器が提供されるかどうかの決定の手助けをする
- あなたの遺体がどこに埋葬または火葬されるべきか決定する手助けをする

あなたは、医療に関するあなたの希望について、あなたの医療代理人にどのように従ってもらいたいですか？

あなたが最も同意する内容1つにX印をつけてください：

柔軟性がある：私の医療代理人は医師と相談後、それがその時の私にとって最善であると医療代理人が思う場合は、医療に関する私のいかなる決定も変更してかまいません。

いくらかの柔軟性がある：私の医療代理人は医師と相談後、それが私にとって最善であると医療代理人が思う場合は、医療に関する私の決定のいくつかを変更してもかまいません。

最小限の柔軟性である：私は、医療に関する私の希望を、私の医療代理人ができる限り忠実に守るよう望みます。たとえ医師が別の提案を行ったとしても、私の意思を尊重してください。

以下の質問にお答えください。必要であれば、追加のページを使用してください。

これらは、私の希望の中でも特に尊重してもらいたいものです：

あなたが医療代理人による決定を希望しないものについて、ここに記入してください。

この事前指示書は、次の人に属します：（ここにあなたの氏名を活字体で記入してください） 生年月日

事前指示書ーアラスカ州

ステップ4：フォームに署名します。

あなたの署名

このフォームを使用できるようにするには、以下のことが必要です：

- あなたが18歳以上であれば、このフォームに署名する
- 2名の証人からこのフォームに署名してもらう、または公証人に認証してもらう

ここに署名し、日付を記入してください。

署名：

日付：

氏名（活字）

番地

市

州

郵便番号

証人

このフォームを使用できるようにするには、2名の証人からこのフォームに署名してもらう、または公証人に認証してもらう必要があります。

証人は以下に該当する必要があります：

- 少なくとも18歳であること
- あなたを知る人物であること
- あなたがこのフォームに署名したと確認していること

以下の人はあなたの証人にはなれません：

- あなたの医療代理人として指名された人
- あなたの医師、またはその他の医療提供者
- あなたが使用する医療施設または医療提供者で勤務している人
- あなたが居住する場所で勤務している人

さらに、少なくとも1人の証人は以下に該当する必要があります：

- あなたとどんな親族関係も存在しないこと
- あなたの死後に、金銭または資産といった金銭的な利益を得る対象ではないこと

2名の証人が得られない場合、公証人が9ページに署名できます。

この事前指示書は、次の人に属します：（ここにあなたの氏名を活字体で記入してください） 生年月日

事前指示書ーアラスカ州

ステップ4：フォームに署名します（続き）。

証人の署名

このページは、証人が記入してください。

ここに署名することにより、私は _____ がこのフォーム
に署名したこと
事前指示書所有者の氏名

を確認したと保証します。

わたしは、本人の思考が明瞭であり、このフォームへの署名が強制でないことを確信いたします。

さらに、私は以下を保証いたします：

- 私は本人と知り合いであり、本人は身元を証明できたこと
- 私は少なくとも18歳である
- 私は本人の医療代理人ではない
- 私は本人の医療提供者ではない
- 私は本人の医療提供者で勤務していない
- 私は本人が居住する場所で勤務していない

証人1番（以下に署名）は、さらに以下
を保証する必要があります：

- 私と本人の間に、親族関係は全くない
- 私は本人の死後に、金銭または資産といった金銭的な利益を得る対象ではない

証人1番

署名：

日付：

氏名（活字）

番地

市

州

郵便番号

証人2番

署名：

日付：

氏名（活字）

番地

市

州

郵便番号

この事前指示書は、次の人に属します：（ここにあなたの氏名を活字体で記入してください） 生年月日

事前指示書ーアラスカ州

公用記入欄

ステップ4：フォームに署名しますー必要であれば、公証人が署名してください。

2名の証人の署名がない場合に**限り**、このフォームを公証人に認証してもらってください。
公証人による認証には、運転免許証やパスポートなど、あなたが写真付きの身分証明書
を保持していることが必要です。

State of Alaska

County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____
Date

by _____
Name of person who acknowledged

Signature of Notary Public

Title: _____

My appointment expires: _____

(Notary Seal)

この事前指示書は、次の人に属します：（ここにあなたの氏名を活字体で記入してください） 生年月日

事前指示書ーアラスカ州

ステップ5：完成した事前指示書のコピーを提出します。

事前指示書に署名し、証人およびまた公証人の認証を受けたら原本は保管し、1から9ページまでのコピーを以下の人に渡してください：

- 医療代理人
 - 家族
 - 友人
 - 医療提供者
 - 病院
-

完成した事前指示書を返送する方法：

1. あなたが利用するProvidence St. Joseph Health の医師または病院に、次回の診療の際に事前指示書のコピーを渡す。
2. 返信用封筒（配布された場合）を使い、事前指示書のコピーを返送する。
3. あなたが利用するProvidence St. Joseph Health 病院に、ファックスで返送する。

Providence Alaska Medical Center
ファックス番号 907-212-3658

Providence Kodiak Island Medical Center
ファックス番号 907-486-9513

ここに記載されていない病院については、あなたが利用する病院に正しいファックス番号をご確認ください。

事前指示書の記入または返送方法に関するご質問は、以下までご連絡ください：

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

この文書の一部は、Creative Commons（クリエイティブ・コモンズ）のAttribution-NonCommercial-ShareAlike License（アトリビューションーノンコマーシャルーシェアライク/帰属ー非営利ー同一条件許諾）ライセンスを受けたものです。このライセンスのコピーをご覧になりたい方は、<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> にアクセスするか、Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USAまで文書にてご要望ください。

2017年8月改訂

以下の方々に、心より感謝申し上げます：

- University of California, San Francisco（カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校）、Division of Geriatrics（老人医学科）、Rebecca Sudore, M.D.（レベッカ・スドレ医師）
 - Los Angeles, CA（カリフォルニア州ロサンゼルス）、Cedars-Sinai（セダース＝シナイ氏）
-