

住宅型有料老人ホーム 優 ・ デイサービスセンター 優

緊急時対応 同意書

私の、住宅型有料老人ホーム 優 ・ デイサービスセンター 優 での緊急時対応と、私が病気または外傷により、自分で物事を判断出来なくなったとき、施設での対応、医療機関での処置は、この同意書に基づき対応して下さい。緊急の場合は、以下の記名者に連絡して下さい。連絡がつかないときは、この同意書を尊重し、この同意書に基づき対応して下さい。

私の希望は次の通りです。

(望む項目に○印を、望まない項目に×印を入れています)

●処置に関する事

- () 1.緊急時、心肺蘇生法を実施してください。
- () 2.必要なら人工呼吸器を使用してください。
- () 3.回復の見込みがない場合、人工呼吸器による延命はしないでください。
- () 4.施設の判断にて、病院搬送が必要と判断された場合は、搬送に同意します。
- () 5.施設での意識喪失等の場合は、救急車での病院への搬送をしてください。
- () 6.搬送先病院に関しては、裏面の緊急病院 1 若しくは緊急病院 2 へして下さい。

※同意書の再提出・取り消しが無い場合は、この同意書が継続しているものとします。

上記・裏面の流れに従って理解し同意致します。

令和 年 月 日

ふりがな

氏 名(本人)

印

生年月日

明治・大正・昭和

年

月

日生

(

歳)

住 所

電話番号①

/ ②

緊1氏名

印

続柄(

)

住 所

電話番号①

/ ②

緊2氏名

印

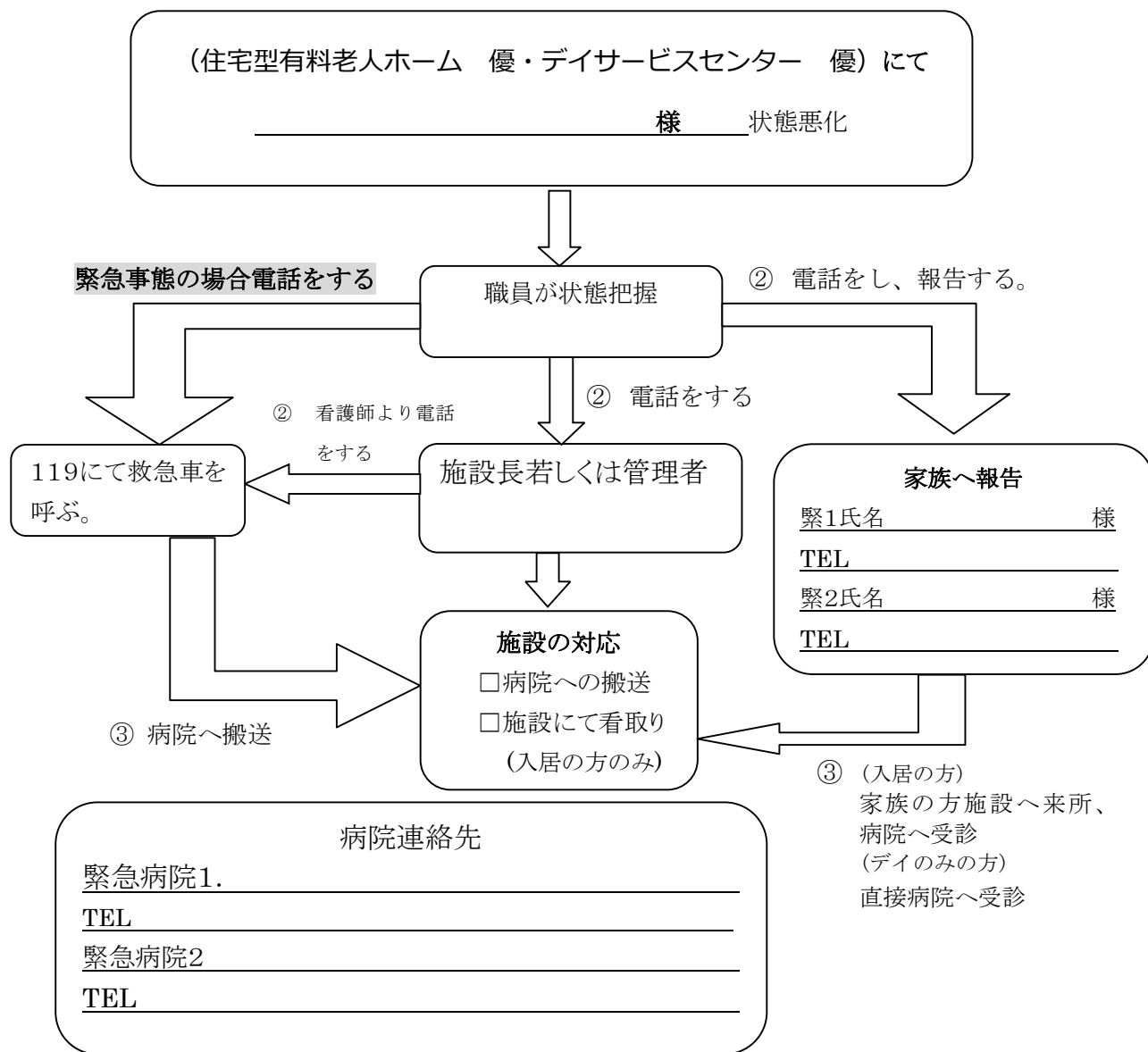
続柄(

)

住 所

電話番号①

/ ②



ご本人_____・ご家族_____の緊急時対応についての考えとしては、
_____にてお願いします。

※緊急時対応流れ確認

①(住宅型有料老人ホーム 優・デイサービスセンター 優)にて、_____様状態悪化を発見。

②看護師が、身体状況チェックを行い、主治医へ連絡。主治医へ連絡がつかない場合は、ご家族へ連絡します。意識喪失等をされている場合は、看護師の判断にて救急車搬送をさせていただきます。

③ご家族様は、施設にご来所頂くか、直接搬送先の病院へ行っていただくことになります。

(入居の方)

施設での看取りでの対応を希望の方に関しましては、主治医の判断にて救急車搬送対応となります。