

人生会議（ACP）について（本人及び家族の意思確認）

もしもの時のために、ご自身・ご家族が望む医療やケアについての相談を本人・家族と行っていますか？

行っている

行っていない

D N A R 事前確認書

別紙あり

なし

D N A R 事前確認書なしと回答した方のみ記入

心停止時に、心肺蘇生を希望しますか？

希望する

希望しない（D N A R：心肺蘇生法を行わないこと）

署名欄

続柄

連絡先

※

更新年月日

複数可)

※搬送時には最新の更新年月日を記載下さい。

※上記項目で心肺蘇生を希望しない（D N A R）にチェックを入れていても、救急車を要請した場合は、心肺蘇生法を行いながら医療機関へ搬送することとなります。

安定時のバイタルサイン／ADL等

* 体温36-37℃等、安定時の幅を記載下さい。

身長	cm	(月 日)	体重	kg	(月 日)
体温	℃	脈拍	回/分	血圧	mmHg
呼吸	回/分	SpO2	%	酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ ℓ
介護度	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
内服管理	自己管理 ・ 職員管理		認知機能	I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 () 手段： 車いす ・ 杖 ・ その他 ()				
トイレ	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()				
	常食 ・ 軟食 ・ 一口大食 ・ きざみ食 ・ ペースト食 ・ 糖尿食 ・ 腎食 ・ 減塩食 ・ アレルギー食				
会話	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	具体的に)			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	難聴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯装着	<input type="checkbox"/> 有 (全・部分) <input type="checkbox"/> 無
障害手帳	(等級：) 肢体 (上 ・ 下 ・ 全体) ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 内部 ・ 知的 ・ 精神 ・ 言語				

○医療機関は本シートのコピーを保管し、原本は退院時に施設へご返却をお願い致します。