

# Checklist

If you decide you want to develop an advance directive after reviewing the preceding information, use the following checklist.

- I. Consider carefully and thoughtfully.
  - A. Why are you writing an advance directive?
  - B. What are your desires, wishes and values about health care?
- II. Communicate.
  - A. Discuss with your physician and other health care professionals.
  - B. Discuss with your family or friends.
    1. Are your wishes clear?
    2. Will your health care team, family and friends honor them?
- III. Appoint an agent.
  - A. Discuss your wishes with your agent.
  - B. Specify any limitations.
- IV. Write out specific instructions.
  - A. Specify what you want provided, withheld or withdrawn.
  - B. Discuss with your physician, family and agent.
  - C. Sign the document and have your signature witnessed or notarized.
- V. Distribute your directive.
  - A. Give your advance directive to your physician and ask that it be included in your medical record.
  - B. Give your advance directive to your family, agent and others.
- VI. Review periodically.
  - A. Reconsider any decisions.
  - B. Discuss changes with your physician, family and agent.

## 資 料 3

メイヨークリニック：事前指示書書式



## *An Advance Directive Form*

**Note:** This advance directive form is provided as a service of Mayo Clinic. It meets the legal requirements for a health care directive under Minnesota law. Other forms may also be acceptable. For additional information concerning advance directives, see the booklet called *Questions and Answers Regarding Minnesota Law on Advance Directives* (Mayo Clinic reference number MC2107-05).

I, \_\_\_\_\_, understand this document allows me to do one or both of the following (as described below in Part I and Part II): name a health care agent and/or give health care instructions.

In Part I, I can name another person (called the health care agent) to make health care decisions for me if I am unable to decide or speak for myself. My health care agent must make health care decisions for me based on the instructions I provide in this document (see Part II), or on the wishes I have made known to him or her, or my health care agent must act in my best interest if I have not made my health care wishes known.

In Part II, I can give health care instructions to guide others making health care decisions for me. If I have named a health care agent, these instructions are to be used by the agent. If I am unable to make decisions for myself, these instructions may also be used by my health care providers, others assisting with my health care, and my family.

### **Part I: Appointment of health care agent**

The health care agent is the person I want to make health care decisions for me if I am unable to decide or speak for myself. (I know I do not have to appoint an agent or an alternate agent, and I know I can change my agent or alternate agent at any time.)

**Note:** If you appoint an agent, you should discuss this advance directive with your agent and give your agent a copy. If you do not wish to appoint an agent, you may leave Part I blank and go to Part II.

When I am unable to decide or speak for myself, I trust and appoint \_\_\_\_\_ to make health care decisions for me. This person is called my health care agent.

**Information about my health care agent:**

Relationship to me (if any): \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**Appointment of alternate health care agent (optional):** If my health care agent is not reasonably available, I trust and appoint \_\_\_\_\_ to be my health care agent instead.

**Information about my alternate health care agent:**

Relationship to me (if any): \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**This is what I want my health care agent to be able to do if I am unable to decide or speak for myself (I know I can change these choices.):**

My health care agent is automatically given the powers listed below in items A through D. My health care agent must follow my health care instructions in this document or any other instructions I have given to my agent. If I have not given health care instructions, then my agent must act in my best interest.

Whenever I am unable to decide or speak for myself, my health care agent has the power to do the following:

- A. Make any health care decision for me. This includes the power to give, refuse or withdraw consent to any care, treatment, service or procedures. This power also includes deciding whether to stop — or not start — health care that is keeping me alive, or might keep me alive, and deciding about intrusive mental health treatment.
- B. Choose my health care providers.
- C. Choose where I live and receive care and support when those choices relate to my health care needs.
- D. Review my medical records and have the same rights that I would have to give my medical records to other people.

If I do **not** want my health care agent to have a power listed above in items A through D, or if I want to **limit** any power in items A through D, I must write that here:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

My health care agent is **not** automatically given the powers listed below in items 1, 2, 3 and 4. If I **want** my agent to have any of the powers in items 1, 2, 3 and 4, I must **initial** the line in front of the power; then my agent **will** have that power.

- \_\_\_\_\_ 1. To decide whether to donate any parts of my body, including my eyes and other tissues and organs, when I die
- \_\_\_\_\_ 2. To decide whether my body may be donated as an anatomical gift for the purposes of teaching health care professionals
- \_\_\_\_\_ 3. To decide whether a postmortem examination (autopsy) will be performed for the purposes of diagnosis, medical education and research
- \_\_\_\_\_ 4. To decide what will happen with my body when I die (such as burial or cremation)

If I want to say anything more about my health care agent's powers or limits on the powers, I can write it here: \_\_\_\_\_

### **Part II: Health care instructions**

**Note:** Complete Part II, if you wish to give health care instructions.

- **If you appointed an agent in Part I**, you do not have to complete Part II. However, completing Part II would be very helpful to your agent.
- **If you chose not to appoint an agent in Part I**, you must complete some or all of Part II if you wish to make a valid advance directive.

*These are instructions for my health care when I am unable to decide or speak for myself. These instructions must be followed (so long as they address my needs).*

**The following are my beliefs and values about my health care** (I know I can change these choices or leave any of them blank). I want you to know these things about me to help you make decisions about my health care.

My goals for my health care: \_\_\_\_\_

My fears about my health care: \_\_\_\_\_

My spiritual or religious beliefs and traditions: \_\_\_\_\_

My beliefs about when life would be no longer worth living: \_\_\_\_\_

My thoughts about how my medical condition might affect my family: \_\_\_\_\_

---

**The following is what I want and do not want for my health care.** (I know I can change these choices or leave any of them blank.) Many medical treatments may be used to try to improve my medical condition or to prolong my life. Examples include artificial breathing by a machine connected to a tube in the lungs, artificial feeding or fluids through tubes, attempts to start a stopped heart, surgeries, dialysis, antibiotics, and blood transfusions. Most medical treatments can be tried for a while and then stopped if they do not help.

**I have these views about my health care in these situations** (Note: You may discuss general feelings or specific treatments, or you may leave any response blank.):

If I had a reasonable chance of recovery, and were temporarily unable to decide or speak for myself, I would want: \_\_\_\_\_

---

If I were dying and were unable to decide or speak for myself, I would want: \_\_\_\_\_

---

If I were permanently unconscious and unable to decide or speak for myself, I would want: \_\_\_\_\_

---

If I were completely dependent on others for my care and unable to decide or speak for myself, I would want: \_\_\_\_\_

---

In all circumstances, my physicians will try to keep me comfortable and reduce my pain. This is how I feel about pain relief if it would affect my alertness or if it could shorten my life: \_\_\_\_\_

---

Other requests regarding my health care (if possible) are the following:

Who I would like to be my physician: \_\_\_\_\_

Where I would like to live to receive health care: \_\_\_\_\_

Where I would like to die, and other wishes I have about dying: \_\_\_\_\_

---

My wishes for my remains when I die (such as donation of any parts of my body, including my eyes and other tissues and organs; donation of my body for an anatomic gift; autopsy; cremation; or burial): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other requests: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Part III: Making the document legal**

I must sign this document. This document must either be verified by a notary public (see Option 1) or witnessed by two witnesses (see Option 2). It must be dated when it verified or witnessed.

I am thinking clearly, I agree with everything that is written in this document and I have made this document willingly.

My signature: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_

My date of birth: \_\_\_\_\_

My address: \_\_\_\_\_

If I cannot sign my name, I may ask someone to sign this document for me.

Signature of the person I asked to sign this document for me: \_\_\_\_\_

Printed name of the person I asked to sign this document for me: \_\_\_\_\_

**Option 1: Notary public**

In my presence on \_\_\_\_\_ (date),  
\_\_\_\_\_ (name)

acknowledged his/her signature on this document or acknowledged that he/she authorized the person signing this document to sign on his/her behalf. I am not named as a health care agent or alternate health care agent in this document.

\_\_\_\_\_  
(Signature of notary)

(Notary stamp)

# 資 料 4

本研究で作成された事前指示書説明文書



**Option 2: Two witnesses**

Two witnesses must sign this document. Only one of the two witnesses can be a health care provider or an employee of a health care provider giving direct care to me on the day I sign this document.

**Note:** At Mayo Clinic, employees are not permitted to witness. Please use Option 1. Mayo Clinic provides notary public service.

**Witness One:**

1. In my presence on \_\_\_\_\_ (date),  
\_\_\_\_\_ (name)  
acknowledged his/her signature on this document or acknowledged that he/she authorized the person signing this document to sign on his/her behalf.
2. I am at least 18 years of age.
3. I am not named as a health care agent or an alternate health care agent in this document.
4. If I am a health care provider or an employee of a health care provider giving direct care to the person listed above in item A, I must initial this box:

I certify that the information in items 1 through 4 is true and correct.

Witness One: Signature \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

**Witness Two:**

1. In my presence on \_\_\_\_\_ (date),  
\_\_\_\_\_ (name)  
acknowledged his/her signature on this document or acknowledged that he/she authorized the person signing this document to sign on his/her behalf.
2. I am at least 18 years of age.
3. I am not named as a health care agent or an alternate health care agent in this document.
4. If I am a health care provider or an employee of a health care provider giving direct care to the person listed above in item A, I must initial this box:

I certify that the information in items 1 through 4 is true and correct.

Witness Two: Signature \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

# 事前指示書説明文書

国立長寿医療センター病院

## 1. この事前指示書について

この事前指示書は、国立長寿医療センター病院が試験的に提供する書式です。この書式は、厚生労働研究費長寿科学総合研究事業（勝又班、H16-長寿-007）および文部科学研究費基盤 B（井口班、17390151）の補助を受けて作成されました。

欧米では、多くの国で自然死法あるいは尊厳死法があり、自らの死に方についての希望を、元気なうちに表明しておき（事前指示書と言います）、それらの意思を医療側が尊重する義務を定めています。

医療側にとっても、自らの意思を表明できない患者様の医療において、できるだけご意思に沿った医療を提供したいという願いがあります。死は残念ながらすすべての人に訪れます。終末期医療を人の手に委ねるだけでなく、自らのお考えに沿った医療を受けてみませんか？この事前指示書書式は、そのようなあなたのお考えを実現することをお手伝いするために作成されました。

## 2. どうして事前指示書が必要なのでしょうか

ご承知のように、医療の進歩によって従来では死をまぬがれないような疾患や事故でも救命され社会復帰できる例が増えています。しかしながら、終末期や永続的な植物状態となり、そして自らの意思を表明できなくなる状態となることもあります。また、加齢や認知症などで自らの意思が表明できなくなることも生じています。

ご本人の医療についての希望が伺えない場合、私どもは、ご家族などと相談し、できるだけ延命できるように努力しております。ただ、回復の見込みがまったくない状態で、呼吸や循環などの全身の高度な医療管理をどこまで続けるかについて悩む例もあります。このようなときに、ご本人がどのような医療を望んでおられるかを書いた事前指示書があれば、医療を行う上で大変参考になります。

## 3. 事前指示書は守られるのでしょうか

残念ながら、日本にはこのような事前指示書を医療側が尊重しなければならないと規定

した法律はありません。したがって、この事前指示書が医療現場で守られることは保証されません。また、次項で述べるように、日本の終末期や永続的植物状態の医療現場では、困難な状況が存在しています。ただ、困難な状況の原因の一つは、このような重大な病態となった患者の多くが自らの希望を表明できなくなっており、また事前指示書を残していないということです。そのため、医療者は患者の意思が明らかでない状況で医療判断をしなければならないのです。多くの医療者は過度な延命医療をしてほしくないとの患者本人の希望がある場合は、その希望に沿った医療を行うことを望んでいます。したがって、患者が自らの治療に対する希望を明確に示したり、医療代理人を指名しておくことは困難な問題の解決に有用と思われます。もちろん、医療側が、書かれたものがご本人の意思であることに確信を持てることが重要です。そのために、この書式は、1名の保証人の署名をいただく欄や、医療代理人を指名する欄があります。

#### 4. 日本の終末期医療の実情

現在の医療においては、インフォームド・コンセントあるいはインフォームド・チョイスとあって、患者に自らの医療を選ぶ権利があることが広く認識されています。しかしながら、延命医療については、患者本人の選ぶ権利は日本では必ずしも認められてきませんでした。日本の医師は、死に直結する重大な行為、例えばすでに装着している人工呼吸器を中止すること、は安楽死のように見えるので行わないことがほとんどです。実際に日本では、筋萎縮性側索硬化症で人工呼吸器を装着された息子の人工呼吸器を止めたとして母親が嘱託殺人罪を宣告された例があります。医師が患者の度重なる懇願を聞き入れなかったため、やむなく母が息子の人工呼吸器を止めたのです。過剰な延命医療を取りやめ、自然の死に委ねる尊厳死は、積極的に死をもたらすことを目的とした行為である安楽死とよく混同されます。実際に、ほとんど脳死となった患者の人工呼吸器を家族と相談して止めた医師が殺人の疑いで書類送検されたとの報道も日本ではあります。このような法的に保護されていない環境では、患者の明確な意思表示があっても一度装着した人工呼吸器は絶対に中止しないとする医療現場の考えは自然な成り行きといえます。人工呼吸器の取り外しに過度に慎重になっている結果、比較的抵抗が少ない人工呼吸器の差し控えが回復の可能性のある患者についても行われている心配もないとはいえません。いずれにしても、人工呼吸器の装着が試してみる価値のある医療だと思われても、一度装着したら取り外せないことは、緊急時に判断を迫られる患者本人や家族、そして医師に大変大きなストレスとなっています。

#### 5. 他の国はどのように対応してきたのでしょうか

欧米各国では、患者は治療を受けないことや受けている医療を断わる権利があることが

確立しています。この権利は終末期であっても永続的植物状態であっても同じであり、自然死法など法律で明記されていることが多いのです。さらに、過度な延命医療にあたる場合に人工呼吸器を取り外す行為は死の原因ではなく、そのような病態を生じた病気や外傷が死因となることが法的にも明確になっています。自然死法は、過度な延命医療を拒否する患者の権利を守ると共に、医師や病院を法的脅威から守るためにつくられたものといえるのです。また、これらの国は、終末期や永続的植物状態になって自分の意思を表明できなくなる場合に備えて二つの法的な改革をしました。一つは、医療代理人をあらかじめ指名した場合には、医療代理人が本人に代わって判断できるとしたことです。もう一つは、本人の判断能力のあるうちに書いたリビングウィルは法的に有効としたことです。米国では、この二つを含んだ法的に有効な事前指示書を患者に紹介する義務が各病院に課されています。

## 6. この書式の特長

この書式は、欧米の自然死法にならい、あなたが終末期や永続的植物状態になって自分の意思を表明できなくなった場合に備えて、医療代理人を指定することと、自分がどのような医療を受けたいかを明確に示す書式としました。この書式は、米国で 300 万人が利用している「Five Wishes」を参考に、日本の状況に合わせていくつかの選択肢を選ぶことで容易にあなたの意思を示すことができるよう工夫されています。

## 7. 書式の構成

この書式は、大きく 3 つのパートに分かれています。第 1 は、あなたの代理としてあなたのお考えを最もよく知っている方を医療代理人としてご指名いただくパートです。第 2 は、あなたの受けたい医療について記載するパートです。第 3 はあなたの書かれた書式があなたの意思であることを証明するパートです。

## 8. この書式の限界について

パート 1 の医療代理人は必ず選任しておくものではありません。ただ、実際の医療における判断は様々な状況のもとで行わなければなりません。そのような場合、パート 2 で書かれたあなたのご意思の解釈などで医療代理人の方のご意見が大変参考になることが多いと思われます。あなたのお考えをもっともよく知っておられる方を医療代理人に選任しておいていただくことは、その意味で重要と考えられます。ぜひパート 1 もご活用ください。ただ、医療代理人は、あなたの意思を代行する権限を日本では法的には与えられていませんので、現状では限界があります。また、法的問題が未解決なため実際の医療現場では実

行が期待できない行為、例えば人工呼吸器の取り外しも選択肢に入れてあります。この事前指示書に含まれるすべての願いが日本で真に有効になるためには、終末期医療に関する社会の関心をもっと高くなる必要があります。ぜひこの事前指示書をきっかけに終末期医療の問題を考え、ご自分が望む医療を考えてみてください。あなたの行動が困難な現状を動かす力になっていくと考えられます。

## 9. この書式が役立つ病態について

この書式は、あなたが終末期となったとき、あるいは永続的な植物状態となったときで、あなたがご自分で医療についての判断ができないときに用いられます。この書式は、パート2において、それぞれの3つの場合に分けて希望する医療をあらかじめ選択しておくことができるようになっていきます。この書式はあなたがご自分の意思を直接表明できる状態であるときは適用されません。また、あなたが終末期、永続的植物状態でない場合には、たとえあなたが認知症などであなたの意思を表明できなくなっても適用されません。また、終末期であっても、あなたがご自分で意思を表明できる場合も適用されません。

## 10. この書式を利用した話し合いについて

この書式の目的の一つは、記入に当たって、患者様がご家族や主治医と終末期医療について話し合っていたいただき、患者様のご希望を周知していただくと共に、ご自身のお考えを確認していただくことです。また、話し合いにより、あらためて書式を作り直していただくことも自由に行ってください。

## 11. 書式を書かれたら

この書式をご記入いただいたら、病院の窓口においでください。そこではコピーを5部取ります。コピーの1部はあなたのカルテに添付させ、あなたの医療情報として取り扱わせていただきます。原本と残りのコピーはあなたにお持ちいただきます。原本はあなたが大切に保管してください。コピーは、医療代理人、証人には必ずお渡し下さい。残りのコピーはあなたのご家族やご友人、主治医などあなたを心配してくれる人へ手渡すなどご活用下さい。ただ、この文書はあなたの個人情報を含んでいますので、あなたが信頼できる人にのみお渡し下さい。なお、あなたのカルテに添付された事前指示書は、終末期医療のサポートなどに活用される場合がありますが、その場合は連結不可能匿名化を行い、施設の倫理委員会の承認の基で行います。この事前指示書作成をサポートする活動は、今後の終末期医療を検討する上で重要と考えておりますので、ぜひご理解をお願い申し上げます。

## 12. 書式を変更するときには

あなたのご希望は、将来ある程度変わっていくことも考えられます。その場合は、ご自由に作成しなおしてください。いろいろ修正していくことは、あなたがこの問題に真剣に取り組んでおられることの証であり、最新のお考えが熟考されたものであることを示しています。

ただ、変更される場合には以下の注意を守ってください。

1. 前の書式を完全に廃棄するか、大きく廃棄と書くなど無効となったことを明確にしてください。
2. 病院の主治医、代理人、家族に新しい書式のコピーを手渡し、周知してください。

# 資 料 5

本研究で作成された事前指示書

# 事前指示書（案）

## パート1 医療についての判断ができなくなった場合に、 私に代わって判断してもらう人（医療代理人）について

### 1. 医療代理人選定についての前提

私は、自分が判断したり話すことができなくなった場合、次項に記す人に私の医療についての判断をしてもらうことを委任します。（私は、このような代理人を選定しなくてもよいこと、及びいつでも医療代理人を変更できることを承知しています。）

なお、医療代理人を選任する場合、この事前説明書に書かれた私の希望について医療代理人に説明し、コピーを手渡しておきます。医療代理人は、私の希望を理解し、できるだけ私の希望に沿った医療が実現できるよう努めていただける方をお願いします。医療代理人を選任しないときは、この欄は空欄のままとして次のパートに進みます。

### 2. 医療代理人は、以下の二つが両方とも起こった場合に、私に代わって私への医療について判断します。

- (1) 私の主治医が、私は医療に付いての判断ができないと認めた。
- (2) 私の主治医とは別の医師が主治医の判断に同意した。

### 3. 私の医療代理人についての情報

(1) 氏 名：

(2) 私との関係：

(3) 電話番号：

(4) 住 所：〒

### 4. 医療代理人に委嘱する範囲

私が医療代理人に委嘱する範囲は以下のものです。

私は、医療代理人にはパート2に記載した私の希望に沿った医療が行われるため



の医療判断を委任します。

- 私は、パート 2 に記載した私の希望を十分考慮いただきたいと思いますが、実際の医療判断は、医療代理人に委任します。
  
- 私は、パート 2 に私の希望を記載していますが、実際の医療判断においては医療代理人にすべてを委任します。

## 5. 適切な医療代理人を選定するための注意

私は、適切な医療代理人を選ぶ上での以下の注意事項を考慮しつつ医療代理人を選定しました。

- (1) 私のことをよく知っており、私を気にかけており、困難な判断ができる人であること。
- (2) 配偶者や家族は冷静な判断ができにくいなど、医療代理人として必ずしもベストでない場合があること。
- (3) 一方で、配偶者や家族は私のことをよく知っており、私を気にかけてくれるなど医療代理人としてベストの場合もあること。
- (4) 私のそばにいてくれやすい人が適していること。
- (5) 私の医療についての希望をよく理解し、希望の実現に努力してくれる人であること。
- (6) 成人であること。
- (7) 私の医療を担当する医師や医療機関の経営者は医療代理人に適していないこと（配偶者や家族は例外となる）。

## パート 2 私の希望する医療について

### 1. 私の希望する医療の記入の前提

私自身の医療についての希望を以下に述べます。このパートは、パート 1 において医療代理人を選定しなかった場合には必ず記入します。その場合、必ずしもすべての項目を記入するわけではなく、私の希望に沿った部分のみの記入となることもあります。

また、日本ではいわゆる自然死法がないので、医師は私の希望に従う義務を有するわけではなく、また、私の希望に従ったからといって必ず免責されるとは限らないことを承知しています。しかしながら、私の希望を理解していただき、できるだけ私の希望に沿った医療がなされるため、ここに希望を明確に示します。

### 2. 私の医療や介護についての基本的な希望（該当するものを■とします）

- 私は、痛みは最大限に抑えてほしいと思っています。そのために意識が低下した

り、眠ってしまうことになってもかまいません。

- 私は、できるだけ自然な状態で死を迎えたいと思っています。したがって、ある程度痛みがあっても、強い薬で意識レベルを低下させることは避けてください。

### 3. 私の医療についての希望（該当するものを■とします）

私は、以下のそれぞれの状態となり、回復の見込みがないと複数の医師が認めたときは、それぞれの指定する医療をしないよう希望します。また、いったん始めている場合は中止してください。

#### (1) 終末期\*1となったとき

- 人工呼吸器などの心肺蘇生措置\*3  
 人工透析  
 抗生物質の投与  
 胃瘻\*4（PEG）による栄養補給  
 その他の栄養や水分の維持

#### (2) 永続的植物状態\*2となったとき

- 人工呼吸器などの心肺蘇生措置  
 人工透析  
 抗生物質の投与  
 胃瘻\*4（PEG）による栄養補給  
 その他の栄養や水分の維持

\*1 終末期とは、患者が近いうちに死が不可避とされる疾病や外傷によって病床についてから死を迎えるまでをいい、その期間は6ヵ月程度、あるいはそれより短い期間をいう（日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会報告 平成4年3月）。

\*2 永続的植物状態とは、脳幹以外の脳の機能が障害され、通常3～6ヶ月以上自己及び周囲に対する意識がなく、言語や身振りなどによる意思の疎通はできないが、呼吸や心臓の動き、その他内臓機能は保たれている状態をいう（厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会報告 平成16年7月）。

\*3 心肺蘇生措置とは、死が迫ったときに行われる、心臓マッサージ、気管挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為をいう（厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会報告 平成16年7月）。

\*4 経皮内視鏡的胃瘻造設術（percutaneous endoscopic gastrostomy）：内視鏡と若干の器具を用い、局麻下に開腹することなく栄養補給のための胃瘻をつくる手術。

### 4. 医師や医療を受ける機関についての希望は以下のとおりです。この私の希望を参考にしていただければ幸いです。

私の希望する医師：

私の希望する医療機関：

死をむかえる場所として希望するところ：

## パート3 この文書が有効であることの証明

### 1. 私の確認の署名

(1) 私は、この文書を自分自身の考えで書いたことを認め、以下に署名します。

署名：

(2) 署名年月日：平成 年 月 日

(3) 生年月日： 年 月 日

(4) 性別： 男 女

(5) 住所：〒

(6) 私が自分で署名できないとき、代わりに以下の方に代理で記入してもらうよう依頼しました。

代理人署名：

代理人住所：〒

### 2. この書類の有効性を証明できる人

この書類の有効性を証明するため、医療代理人以外の20歳以上の方の署名を以下のごとくいただきます。

#### (1) 証明者の署名

私は、この書類が任意に作成され、有効であることを証明します。

署名：

(2) 署名年月日：平成 年 月 日

(3) 生年月日： 年 月 日

(4) 性別： 男 女

(5) 住所：〒

# 資 料 6

本研究で作成された事前指示書説明文書（英文）