

心肺蘇生等の中止・医療機関への不搬送同意書

〇〇〇消防本部 消防長 様

この度、私は救急隊から、心肺蘇生等について説明を受け、かつそれに対する十分な質問の機会を与えられ、理解しましたので、次の内容のとおり同意します。

かかりつけ医の指示に従い、心肺蘇生等を中止することに同意します。

かかりつけ医の指示に従い、救急隊が引揚げることに同意します。

年 月 日 () 時 分

傷病者氏名

署名（家族等^{*1}）(傷病者との関係^{*2} :)

※1 家族等とは、ACPを通してご本人の意思を共有している親族、訪問看護師などの医療ケアチーム等の職員、高齢者施設等の職員を指す。

※2 施設職員の場合は所属名を記載

【救急隊記入欄】

救急隊名	消防署	救急隊
救急隊長名	氏名 :	
指示をした医師の氏名	氏名 :	
指示をした医師の所属医療機関名		
指示をした医師の医療機関電話番号		

(原本は救急隊が保管し、必要に応じて写しを交付すること)