



中山醫學大學附設醫院
Chung Shan Medical University Hospital
預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書

病人姓名：_____病歷號碼：_____出生日期：____年____月____日性別：____床號：____

本人_____若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條至第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選)

- 接受 安寧緩和醫療，減輕或免除生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進生命品質
- 接受 不施行心肺復甦術（指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為）
- 接受 不施行維生醫療（指對末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施）
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

簽署人：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

在場見證人(一)：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

在場見證人(二)：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，疾病末期之病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。

法定代理人：(簽署人未成年方須填寫)

簽名：

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽名：

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

簽署日期：中華民國_____年_____月_____日，時間_____：_____（必填）