天成醫療社團法人 天晟醫院
Ten-Chan General Hospital

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書

本人_____(簽名)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、第五條及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	指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質
□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	30 至 40 天完成註記
□ 註記手續辦理成功時，請回覆通知簽署人。	

★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

□是　□否　年滿二十歲（簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療。）

◎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

★簽署日期：中華民國_____ 年_____ 月_____ 日(簽署日即為意願生效日)

◎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：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎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：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※任何疑問請撥：03-462-9292 轉 28834 社工、22839 個管師或洽本院轉診櫃台

第一聯：寄送主管機關註記健保卡

第二聯：意願書簽署人自行留存