

オレゴン州のヘルスケア事前指示書

この事前指示書では、次のことができます。

- あなたが自分でそれらを表現することができないならば、あなたの価値観、信念、目標とヘルスケアへの希望を共有してください。
- あなたが自分で決定することができなかった場合、あなたの健康管理の決定をする人を指名してください。この人はあなたの医療担当者と呼ばれ、彼らはこの役割で行動することに同意する必要があります。

事前指示書と希望については、必ず医療担当者と話し合ってください。これにより、彼らはあなたの希望を反映した決定を下すことができます。このフォーム全体に記入することをお勧めします。

オレゴン州のヘルスケア事前指示書フォームおよびオレゴンの事前指令へのご案内は、オレゴン保健医療局のウェブサイトで入手できます。

- セクション 1、2、5、6、および 7 では、医療担当者を任命します。
- セクション 3 と 4 で、あなたはあなたのケアについての指示を提供します。

事前指示書では、医療に対する好みを表現できます。これは、州法 ORS 127.663 で定義されている生命維持治療に関する生命維持治療に関する医師による指示書（Physician Orders for Life-sustaining Treatment, POLST）と同じではありません。POLST の詳細については、オレゴン事前指示ガイドをご覧ください。

このフォームは、オレゴン州で、病気になって自分で話すことができなくなった場合または自分で医学的決定を下すことができなくなった場合に、あなたのために医療決定を下す人を選ぶために使用できます。その人は医療担当者と呼ばれます。効果的な医療担当者の任命がなく、病気になって自分で話すことができなくなった場合、州法 ORS 127.635 (2) に規定されている優先順位に従って医療担当者が任命され、この人は州法 ORS 127.635 (1) に記載されている条件のいずれかを満たしている場合は、生命維持治療を差し控える、または中止することを決定することしかできません。

このフォームでは、ヘルスケアの決定とヘルスケアの優先に関する自分の価値観と信念を表現することもできます。

過去に事前指示書を完了したことがある場合、この新しい事前指示書は古い指示書に取って代わります。

有効にするには、このフォームに署名する必要があります。2人の証人または公証人にも証言してもらう必要があります。始まっていないヘルスケア担当者の任命は、ヘルスケア担当者が任命を受け入れるまで有効になりません。

事前指示に生命維持装置または経管栄養の中止に関する指示が含まれている場合、事前指示はいつでも、取り消す意思を表明する方法で取り消すことができます。

他のすべての場合、医学的決定を下すことができる限り、いつでも、どのような方法でも事前指示を取り消すことができます。

事前指示フォーム

| 1.自己紹介 | | |
|--------------|----|----------|
| 名前（名、ミドル、姓）： | | 生年月日： |
| 電話番号：自宅 | 職場 | 携帯電話 |
| 住所： | | メールアドレス： |

| 2.私の医療担当者 | | |
|---|----|----------|
| 自分で話すことができない場合は、次の人を医療担当者として選び、医療に関する決定を下します。 | | |
| 名前（名、ミドル、姓）： | | 関係： |
| 電話番号：自宅 | 職場 | 携帯電話 |
| 住所： | | メールアドレス： |

私の最初の選択肢が私のために医療の決定を下すことができない場合、または私が1番目の医療担当者の任命を中止した場合、私は次の人々を私の代替医療担当者として選びます。

| 1 番目の代替医療担当者 | | |
|--------------|----|----------|
| 名前（名、ミドル、姓）： | | 関係： |
| 電話番号：自宅 | 職場 | 携帯電話 |
| 住所： | | メールアドレス： |

| 2 番目の代替医療担当者 | | |
|--------------|----|----------|
| 名前（名、ミドル、姓）： | | 関係： |
| 電話番号：自宅 | 職場 | 携帯電話 |
| 住所： | | メールアドレス： |

3. 私のヘルスケアの指示

このセクションは、ケアの希望、価値観、目標を表現するための場所です。
あなたの指示はあなたのヘルスケア担当者とヘルスケア提供者にガイダンスを提供します。

以下の選択により、ケアに関するガイダンスを提供できます。これは、あなたが医療担当者を選ばなかった場合、または彼らに連絡が取れない場合でも当てはまります。

A. 私のヘルスケアの決定

あなたの希望を表現するための以下の3つの状況があります。彼らはあなたがあなたのヘルスケア担当者が直面する可能性のある生命維持の決定の種類について考えるのを助けます。それぞれについて、あなたの希望に最も近いオプションを1つ選択してください。

a. 末期的状態

これは私が望むものです：

- 治癒も回復もできない病気があります

および

- 私の医療提供者は、治療に関係なく、6か月以内に私の死に至ると信じています

| 最初の1つの選択肢のみ | |
|-------------|---|
| _____ | 人工栄養補給や栄養チューブ、点滴、腎臓透析、呼吸器による水分補給など、生命を維持するために利用可能なすべての治療法を試したいと思います。 |
| _____ | 人工栄養と栄養チューブと点滴による水分補給で生命を維持したいと思っています。腎臓透析や呼吸器など、生命を維持するための他の治療法は望んでいません。 |
| _____ | 人工栄養補給や栄養チューブ、点滴、腎臓透析、呼吸器による水分補給など、生命を維持するための治療法は望んでいません。快適に過ごし、自然死を希望です。 |
| _____ | 医療提供者と話し合い、自分にとって重要なことを考慮した上で、医療担当者に決めてもらうことを希望します。私は以下のセクション B で私にとって重要なことを表明しました。 |

b. 高度な進行性疾患

これは私が望むものです：

- 私は末期にある病気を患っています。

および

- 私の医療提供者は、それが改善せず、時間の経過とともに悪化し、死に至る可能性が非常に高いと信じています。

および

- 私の医療提供者は、私が決してできることはないと思っています。
 - » 知らせる
 - » **食べ物や水を安全に飲み込む**
 - » 自分自身の面倒を見る
 - » 私の家族や他の人を認識し始めていない

| 最初の1つの選択肢のみ | |
|-------------|--|
| _____ | 人工栄養補給や栄養チューブ、点滴、腎臓透析、呼吸器による水分補給など、生命を維持するために利用可能なすべての治療法を試したいと思います。 |
| _____ | 人工栄養と栄養チューブと点滴による水分補給で生命を維持したいと思っています。腎臓透析や呼吸器など、生命を維持するための他の治療法は望んでいません。 |
| _____ | 人工栄養補給や栄養チューブ、点滴、腎臓透析、呼吸器による水分補給など、生命を維持するための治療法は望んでいません。快適に過ごし、自然死を希望です。 |
| _____ | 医療提供者と話し合い、自分にとって重要なことを考慮した上で、医療担当者に決めてもらうことを希望します。私は以下のセクション B で私にとって重要なことを表明しました。 |

c. 完全に意識不明

これは私が望むものです：

- 私は意識がありません。
および
- 私の医療提供者が、私が**再び**意識する可能性は**非常に低い**と信じている場合。

| 最初の1つの選択肢のみ | |
|-------------|--|
| _____ | 人工栄養補給や栄養チューブ、点滴、腎臓透析、呼吸器による水分補給など、生命を維持するために利用可能なすべての治療法を試したいと思います。 |

_____ 人工栄養と栄養チューブと点滴による水分補給で生命を維持したいと思っています。腎臓透析や呼吸器など、生命を維持するための他の治療法は望んでいません。

_____ 人工栄養補給や栄養チューブ、点滴、腎臓透析、呼吸器による水分補給など、生命を維持するための治療法は望んでいません。快適に過ごし、自然死を希望です。

_____ 医療提供者と話し合い、自分にとって重要なことを考慮した上で、医療担当者に決めてもらうことを希望します。私は以下のセクション **B** で私にとって重要なことを表明しました。

下のスペースに書き込むか、ページを添付して、どのようなケアが必要か、または不要かについて詳しく説明してください。

B. 私にとって、そして私にとって最も重要なこと

このセクションは、末期症状、進行性の進行性疾患、または永久に意識を失っている場合にのみ適用されます。このセクションを使用したい場合は、あなたにとって、そしてあなたにとって本当に重要なことを伝えることができます。これはあなたの医療担当者を助けます。

これは、私の生命について私にとって重要なことについて知っておくべきことです。

これは私が私の生命について最も大切にしていることです：

これは私の生命について私にとって重要なことです

私がサポートできず、次の方法で従事できる場合、私は生命維持の手順を望んでいません。

当てはまる最初のすべて

ニーズを表現する

長期にわたる激しい痛みや苦痛から解放されます

私が誰であるかを知る

人口生命維持に縛られることなく生きる

次のような私にとって意味のある活動に参加してください。

医療担当者があなたにとって最も重要なことを理解するのを助けるためにもっと言いたい場合は、ここに書いてください。（例えば：結果が・・・であるか気にしたくない）

C. 私の精神的な信念

あなたはあなたのヘルスケアの代表者とあなたの世話をしている人々に知ってもらいたい精神的または宗教的な信念を持っていますか？それらは、儀式、秘跡、血液製剤の輸血の拒否などである可能性があります。

あなたは下のスペースに書くか、あなたの精神的または宗教的信念についてもっと言うためにページを添付することができます。

4.詳細

あなたのヘルスケア担当者とヘルスケアプロバイダーにあなたについてのより多くの情報を持たせたい場合は、このセクションを使用してください。

A. 生命と価値観

以下であなたの生命と価値観について共有することができます。これは、あなたの医療代表者と医療提供者があなたの医療について決定を下すのに役立ちます。これには、家族歴、医療経験、文化的背景、キャリア、社会的支援システムなどが含まれる場合があります。

あなたは下のスペースに書くか、あなたの生命、信念、価値観についてもっと言うためにページを添付することができます。

B. ケアの場所

ケアを受ける場所について選択肢がある場合、あなたは何を好みますか？ケアを受けたい場所、受けたくない場所がありますか？（たとえば、病院、ナーシングホーム、メンタルヘルス施設、成人の里親、生活支援、ご自宅などです。）

下のスペースに記入するか、ページを添付して、ケアを受けたい場所と受けたくない場所について詳しく説明してください。

C. その他

このフォームに、医療担当者および医療提供者に役立つと思われる他の文書を添付することができます。添付するものは、事前指示書の一部になります。

添付した書類を下の欄に記入してください。

D. 他の人に知らせる

州および連邦のプライバシー法で許可されている範囲で、医療担当者が医療提供者にあなたの健康状態とケアについて以下に記入する人々と話し合うことを許可することができます。あなたの医療担当者だけがあなたの治療について決定を下すことができます。

| | | |
|--------------|----|----------|
| 名前（名、ミドル、姓）： | | 関係： |
| 電話番号：自宅 | 職場 | 携帯電話 |
| 住所： | | メールアドレス： |

5. ご自身の署名

ご自身の署名

日付

6. 証人

署名するときに A または B のいずれかを完了します

A. 公証人

州 _____

の郡 _____

私の前で署名または証明された _____ 署名者 _____
日付

オレゴン州の公証人

B. 証人宣言

このフォームに記入する人は、私に個人的に知られているか、身元の証明を提供し、私の存在下で文書にその人の署名を署名または承認し、強要されておらず、このフォームの目的と効果を理解しているようです。さらに、私はその人の医療代表者または代替医療代表者ではなく、その人の医療提供者でもありません。

証人名（活字体） _____

署名 _____

日付 _____

証人名（活字体） _____

署名 _____

日付 _____

7.私の医療担当者による受け入れ開始されていません

私はこの任命を受け入れ、医療代表を務めることに同意します。

医療担当者：

活字体での名前

署名またはその他の承認の検証

日付

1 番目の代替医療担当者：

活字体での名前

署名またはその他の承認の検証

日付

2 番目の代替医療担当者：

活字体での名前

署名またはその他の承認の検証

日付

文書のアクセシビリティ：障害のある個人または英語以外の言語を話す個人の場合、OHA は、翻訳、大活字、点字などの代替形式で情報を提供できます。健康情報センター（1-971-673-2411、711 TTY）または COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us までご連絡ください。