



平成□□年 第□□□号

(公正証書作成日 平成□□年□□月□□日)

尊 厳 死 宣 言 公 正 証 書

本公証人は、尊厳死宣言者 ○○○○ の依頼を受けて、平成□□年□□月□□日、その陳述内容が依頼者本人の真意に基づくものであることを確認の上、宣言に関する陳述の趣旨を書き取って、この証書を作成する。

第1条 私 ○○○○ は、私が将来不治の病に罹って死期が迫り、又は高齢で死期が迫り、意識を失うような状態に陥ったり、たとえ呼びかけには応じてても意識は朦朧としている状態になったり、又は意識はあっても自分の意思を伝えることができない状態で、自分で身の回りのことができず、自分で飲むことも食べることもできなくなったりした場合等において、担当医を含む2名以上の医師により既に死期が迫っていると診断された場合に備えて、私の家族及び私の医療に携わっている医師、看護師その他の医療関係者の方々に、以下の要望を宣言します。

なお、ここに明記した特定の医療行為の実施又は拒否については、医師の事前説明は不要とします。

- 1 私の呼吸が停止したり、身体のあらゆる循環が停止した場合でも、蘇生措置は絶対にしないでください。
- 2 私に苦痛を与えたり、私の体に負担のかかる医療措置（他人の組織や臓器の提供を受けることを含むあらゆる手術等。）は、絶対にしないでください。
- 3 私が自分の力では水も飲めず、食べ物を食べられなくなったら、無理に飲ませたり、食べさせたり、点滴や栄養補給をしないでください。

特に、死期を延ばすためだけに、鼻管チューブを入れたり、胃ろうを作ったりということは、絶対にしないでください。

- 4 私が自分の力で呼吸ができなくなっても、人工呼吸器を付けしないでください。万一、人工呼吸器が付けられている場合でも、いったん電源を切っただき、私の自発呼吸が戻らなかつたら、人工呼吸器を取り外してください。

また、そうなったら、昇圧剤も輸血も人工透析も

血漿交換などもやめてください。

- 5 私の苦しく見える状態を緩和していただける治療をしてくださるなら、喜んでお受けします。そのために、麻薬などの副作用により死亡時期が早まったとしてもかまいません。決して、昇圧薬や脳圧低下薬などの延命のための治療はしないでください。

第2条 この証書の作成に当たっては、あらかじめ私の家族である次の者の了承を得ております。

〔了承を得た者の表示〕

長女 ○○○○（昭和□□年□□月□□日生）

長男 ○○○○（昭和□□年□□月□□日生）

二女 ○○○○（昭和□□年□□月□□日生）

- 2 私に前条記載の症状が発生したときは、私の命を永らえるために努力をしてくださっている、医師、看護師その他の医療関係者の方々、さらには私の家族達には、大変申し訳ありませんが、どうか私の意思に従い、私が人間として尊厳を保った安らかな死を迎えることができるようご配慮ください。

第3条 私のこの宣言による要望を忠実に果たしてくださる方々に深く感謝申し上げます。そして、その

方々が私の要望に従ってされた行為の一切の責任は、私自身にあることを宣言します。

警察、検察の関係者におかれましては、私の家族や医師、看護師その他の医療関係者の方々が私の意思に沿った行動を執ったことにより、これらの方々を犯罪捜査や訴追の対象とすることのないようお願いいたします。

第4条 この宣言は、私の精神が健全な状態にあるときにしたものであります。したがって、私の精神が健全な状態にあるときに私自身が撤回しない限り、その効力は持続するものであることを明らかにしておきます。

本 旨 外 要 件

住所 □□県□□市□□町□丁目□□番□□号

職業 無職

宣言者 ○ ○ ○ ○

昭和□□年□月□□日生

上記の宣言者は、印鑑登録証明書の提出により、人違いでないことを証明させた。

この証書は、平成□□年□□月□□日、本公証人役場において、法律の規定にしたがい作成し、宣言者に読み聞かせ、かつ、閲覧させたところ、宣言者及び立会人は、これを承認し、本公証人とともに次に署名押印する。

宣言者

立会人（承諾を得た者）

立会人（承諾を得た者）

立会人（承諾を得た者）

岐阜県美濃加茂市古井町下古井468番地

岐阜地方法務局所属

公証人