

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」**臺南市善化區衛生所**  
2341070015

本人\_\_\_\_\_ (正楷簽名)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(定義說明請詳背面)  
接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)  
接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)  
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：(正楷簽名)\_\_\_\_\_ 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 (簽署人為成年人或未成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)：(正楷簽名)\_\_\_\_\_ 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)：(正楷簽名)\_\_\_\_\_ 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(必填)

◎法定代理人：(簽署人為未成年末期病人時方由法定代理人在此欄位填寫並應檢附相關證明文件)

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

備註：1. 簽署人可依背面簡易問答第四題說明自行查詢健保 IC 卡下註記申辦進度。

2. 需要回覆通知者請打勾：註記手續辦理成功時，請以手機簡訊回覆通知簽署人。(無勾選者視同無須回覆)。若無收到回覆者，請撥打 02-23933298 衛生福利部安寧醫療意願資料處理小組查詢。

3. 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：意願書原索取單位或衛生福利部安寧緩和醫療意願資料處理小組(10049 臺北市中正區紹興北街 5 號 8 樓)收，副本請自行保管。

4. 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後亦可將正本寄至：台灣安寧照顧協會(25160 新北市淡水區民生路 45 號)收，本會即轉寄衛生福利部安寧醫療意願資料處理小組，副本亦請自行保管。

【正本】 依衛生福利部中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例編印。

110 年版