



## 無二親等以內家屬出席預立醫療照護諮商說明書

本人\_\_\_\_\_已明確瞭解「病人自主權利法」第9條第二項規定：「意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。」本人之二等親因下列因素，無法參與本人之預立醫療照護諮商，茲以本書向光田醫療社團法人光田綜合醫院說明如下：

二親等內親屬（包含配偶、子女、父母、孫子女、祖父母、手足）：

姓名	關係	不克前來之原因
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____

（本表不敷使用時，可自行影印使用）

此致

光田醫療社團法人光田綜合醫院

立切結書人：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日