

姓名：

男女

病歷號碼：

## 醫療委任代理人委任書

本人\_\_\_\_\_已成年且具完全行為能力，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，而本人已意識昏迷或無法清楚表達意願時，同意由其依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，委任\_\_\_\_\_為醫療委任代理人，代為簽署『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』。

### 立意願人

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

### 受任人

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

### 後補受任人(一)(得免填列)

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

### 後補受任人(二)(得免填列)

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

填寫日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(必填)

第一聯：社工部(白)  
第二聯：病歷留存(紅)  
第三聯：病人或親屬留存(黃)  
第四聯：醫學倫理委員會留存(藍)