



預立醫療指示確認書

本人特此確認，已由醫師告知我有權執行預立醫療指示。

請閱讀並勾選以下陳述事項：

1. 我已簽署預立醫療指示。
☐ 是 ☐ 否
 2. 我已收到有關我權利的書面資料。
☐ 是 ☐ 否
 3. 我希望收到有關預立醫療指示的更多資訊。
☐ 是 ☐ 否
 4. 我已收到有關預立醫療指示的額外資訊。
☐ 是 ☐ 否
-

病人姓名：_____

病人姓名縮寫：_____

病人帳號：_____

出生日期：____ / ____ / ____

填寫日期：____ / ____ / ____